

**UNIVERSIDAD DE PANAMÁ**  
**VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**  
**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**Terapia cognitivo conductual enfocada en disminuir los síntomas de ansiedad y del síndrome de  
Burnout en enfermeras de la región metropolitana de salud**

**Presentado por Yandra Ávila**  
**Licenciada en Psicología**

**Panamá República de Panamá**

**Diciembre de 2010**

**UNIVERSIDAD DE PANAMA**

**VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO**

**título de tesis**                      **Terapia cognitivo conductual enfocada en disminuir los síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout en enfermeras de la región metropolitana de salud**

**Código**                                **327 14-06 10-74**

**Nombre del estudiante**            **Yandra Ávila**  
**(8 710 2054)**

**Especialidad**                        **Maestría en Psicología Clínica**

**Duración estimada en meses**    **6 meses**

**Fecha de inicio**                    **1 de diciembre de 2009**

**Fecha de culminación**            **14 de junio de 2010**

**Unidad Ejecutora del Proyecto**   **Maestría en Psicología Clínica.**

**Nombre del Asesor**                **Prof Fabio Bethancourt Herrera.**

**Apellido del Asesor**                \_\_\_\_\_

**Robado por**

\_\_\_\_\_

**Coordinador del Programa**

\_\_\_\_\_

**Director del Postgrado**

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	1
Summary	1
Introducción	2
<b>1 MARCO TEÓRICO</b>	<b>4</b>
<b>1.1 Trastorno Adaptativo</b>	<b>5</b>
1.1.1 Definición de los trastornos adaptativos	5
1.1.2 Características diagnósticas	6
1.1.3 Subtipos y especificaciones	7
1.1.4 Síntomas y trastornos asociados	9
1.1.5 Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos	9
<b>1.2 Síndrome de Burnout</b>	<b>10</b>
1.2.1 Definición del síndrome de burnout	10
1.2.2 Características generales del síndrome de burnout	13
1.2.3 Manifestaciones del síndrome de burnout	14
1.2.4 Diagnóstico diferencial	15
1.2.5 Variables desencadenantes o antecedentes del burnout	17
1.2.6 Población en riesgo de desarrollar el síndrome de burnout	21
1.2.7 Trastorno adaptativo y síndrome de burnout	22
<b>1.3 Ansiedad</b>	<b>23</b>
1.3.1 Componentes de la ansiedad	25
1.3.2 Ansiedad perturbadora y ansiedad del yo	26
<b>1.4 Tratamiento</b>	<b>27</b>
1.4.1 Modelos de intervención cognitivo conductual	27

1 4 1 1 El modelo Terapia Racional Emotiva Conductual T R E C	28
1 4 1 1 1 Las consecuencias	29
1 4 1 2 Las cogniciones (B)	31
1 4 1 3 Las demandas	32
1 4 2 El modelo Terapia Cognitiva T C	33
1 4 2 1 La Disfuncionalidad	35
1 4 2 2 Las Distorsiones Cognitivas	35
1 4 3 Estrategias de intervención en la terapia cognitivo conductual	37
1 4 3 1 Reestructuración cognitiva	37
1 4 3 2 Técnicas de afrontamiento	38
1 4 3 3 Entrenamiento en asertividad	38
1 4 3 4 Relajación	39
<b>1 5 La problemática profesional estudios de enfermeras en Panamá</b>	<b>39</b>
<b>2 Metodología</b>	<b>45</b>
2 1 Planteamiento del problema	46
2 2 Objetivos	47
2 2 1 Objetivos generales	47
2 2 2 Objetivos específicos	47
2 3 Hipótesis	48
2 3 1 Hipótesis de investigación	48
2 3 2 Hipótesis estadísticas	48

2 4	Diseño de la investigación	49
2 5	Definición de las variables	49
2 5 1	Definición conceptual de la variable independiente	49
2 5 2	Definición operacional de la variable independiente	59
2 5 3	Definición conceptual de la variable dependiente	50
2 5 4	Definición operacional de la variable dependiente	51
2 6	Población y muestra	51
2 6 1	Población	51
2 6 3	Muestra	51
2 6 4	Criterios de inclusión y exclusión	52
2 7	Instrumentos y técnicas de medición	52
2 7 1	Entrevista psicológica individual	52
2 7 2	Auto registro del sujeto	53
2 7 3	Escala de ansiedad de William Zung	54
2 7 3 1	Criterios clínicos más comunes de la ansiedad	54
2 7 3 2	Descripción y calificación del instrumento	56
2 7 4	El Inventario de Ansiedad	
	Rasgo Estado (IDARE)	57
2 7 4 1	Los conceptos de ansiedad – Estado y Ansiedad – Rasgo	58
2 7 4 2	Aplicación del El Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado	59
2 7 4 3	Calificación del el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)	59
2 7 5	Inventario de Burnout de Maslach y Jackson	61
2 8	Métodos de intervención	63

<b>2 9 Procedimiento estadístico</b>	<b>64</b>
<b>2 10 Limitaciones</b>	<b>64</b>
<b>3 Informes psicológicos</b>	<b>65</b>
<b>4 Análisis de resultados</b>	<b>91</b>
<b>Conclusiones</b>	<b>111</b>
<b>Recomendaciones</b>	<b>114</b>
<b>Bibliografía</b>	<b>116</b>
<b>Anexos</b>	

## **ÍNDICE DE CUADROS Y GRAFICAS**

### **CUADROS**

#### **CUADRO # 1**

Distribución de la población segun presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout	94
--	----

#### **CUADRO # 2**

Distribución de la población segun edad	95
---	----

#### **CUADRO # 3**

Distribución de la población segun estado civil	96
--	----

#### **CUADRO # 4**

Distribución de la población segun años de servicio	97
---	----

#### **CUADRO # 5**

Distribución de la población segun nivel académico	98
--	----

#### **CUADRO # 6**

Distribucion de la población segun Programa al que pertenece	99
---	----

#### **CUADRO # 7**

Distribución de la población segun problemas de salud	100
---	-----

#### **CUADRO # 8**

Comparación de las puntuaciones ansiedad estado Segun el inventario IDARE aplicado a enfermeras de la región metropolitana de salud	101
---	-----

## **CUADRO # 9**

Comparación de las puntuaciones de la escala de ansiedad de Zung aplicado a enfermeras de la región metropolitana de salud	103
--	-----

## **CUADRO # 10**

Comparación de las puntuaciones del componente cansancio emocional segun el inventario de Maslach, aplicado a enfermeras de la región metropolitana de salud	105
--	-----

## **CUADRO # 11**

Comparación de las puntuaciones del componente despersonalización, segun el inventario de Maslach, aplicado a enfermeras de la región metropolitana de salud	107
--	-----

## **CUADRO # 12**

Comparación de las puntuaciones del componente realización personal segun el inventario de Maslach, aplicado a enfermeras de la región metropolitana de salud	109
---	-----

## **GRAFICAS**

### **GRÁFICAS # 1**

Distribución de la población segun presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout	94
---	----

### **GRÁFICAS # 2**

Distribución de la población segun edad	95
---	----

### **GRÁFICAS # 3**

Distribución de la población segun estado civil	96
---	----



## **DEDICATORIA**

**Dedico este trabajo a la memoria de mi padre Ismael Avila, el cual en vida con sus consejos  
y amor hizo de mí la profesional que soy**

## **AGRADECIMIENTO**

**Primero le doy gracias a Dios por darme la serenidad en los momentos de angustia y rodearme de personas que me brindaron su apoyo incondicional para realizar esta investigación que hoy es una realidad**

**Agradezco de todo corazón a mi profesor asesor Fabio Bethancourt Herrera, por su orientación y paciencia. A las enfermeras de la Región metropolitana de salud**

**No puedo dejar de agradecer a mi esposo Sergio a mi madre Aida de Avila, a mi segunda madre Daisy a mis hermanas y amigos los cuales me apoyaron y brindaron siempre palabras de aliento Gracias son lo mejor que tengo que Dios los bendiga.**

## Resumen breve

Este trabajo va dirigido a crear consciencia de la importancia y repercusiones que el desgaste profesional o síndrome de Burnout tiene ya que no es un evento sino un proceso en el que el estrés y las ansiedades de cada día socavan gradualmente la salud física y mental del cuidador por lo que con el tiempo afectan la atención que brinda y las relaciones personales. Como trastorno médico el desgaste profesional no tiene una definición clara, pero ha sido bien definido como trastorno psicológico y es cada vez más reconocido por las personas que trabajan en profesiones relacionadas con la atención. Desde hace tiempo síndrome de Burnout se ha identificado como un problema crucial en la atención sin embargo se conoce relativamente poco acerca de las medidas que pueden tomarse para prevenirlo o mitigarlo por este motivo presentamos estrategias de tratamiento que ayuden a disminuir los síntomas y mejorar la calidad de vida y atención de los profesionales de la salud.

## Summary

This work is directed to create conscience of the importance and repercussion that professional wear or burnout syndrome has since this is not an event but a process in which the stress and the anxieties of every day undermine gradually the physical and mental health of the keeper by the time it affects the attention that it brings and the personal relations as medical disorder the professionals wear does not have a clear definition but it has been defined as a psychological disorder and it is increasingly admitted by the persons that work in professions related to the attention.

Since long time burnout syndrome has been identified as a crucial problem in the attention; nevertheless it is not much known about the precaution that can be taken to prevent or to mitigate it, for this reason let us present before hand strategies of treatment that help to diminish the symptoms and improve the quality of life and attention of the professionals of the health.

## **INTRODUCCION**

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como objetivo llamar la atención sobre un problema que cada día aqueja más a nuestra sociedad, particularmente a todos los profesionales que brindan un servicio asistencial en los últimos años a nivel mundial se han desarrollado diversas investigaciones sobre el desgaste y el displacer al que se ven expuestos los profesionales de la salud, lamentablemente en nuestro país los estudios del Síndrome de Burnout son escasos y en la bibliografía consultada encontramos que los estudios realizados en su mayoría son dirigidos al sector educativo el cual es una de las profesiones vulnerables a este síndrome

Nos llama poderosamente la atención que a pesar que existen algunos estudios a nivel internacional que muestran a los profesionales de la salud sean médicos enfermeras trabajadores de salud mental como los más expuestos a desarrollar el Síndrome de *Burnout* ya que estos ocupan un lugar destacado como grupo de riesgo para padecerlo debido a la falta de tiempo libre necesidad de estar siempre disponible la falta de sueño las actividades extracurriculares que implican compromisos profesionales preocupación de equivocarse en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes y si por otro lado vemos que en Panamá una de las quejas más comunes de los usuarios que buscan atención en los servicios de salud, es el desempeño deficiente o las actitudes negativas del personal sanitario podemos sospechar que estas conductas pueden ser una manifestación del síndrome de estar quemado

Es importante señalar que esta alteración no solo afecta la esfera profesional del individuo también se evidencia un deterioro en el desempeño social y familiar por lo que consideramos importante desarrollar e implementar programas que ayuden a prevenir el Síndrome de Burnout en nuestro sistema de salud

Este trabajo consta de tres capítulos en el capítulo uno presentamos la fundamentación teórica o marco conceptual del estudio definiremos lo que es Síndrome de Burnout, las características generales las causas y las manifestaciones de este síndrome También

**explicaremos el fundamento teórico de nuestra terapia la cual es la Cognitivo Conductual y las técnicas que serán utilizadas en nuestra investigación**

**El capítulo dos incluye la metodología de nuestra investigación, planteamos las hipótesis y los objetivos del estudio describimos los instrumentos utilizados la escala de ansiedad de William Zung, el Inventario IDARE y el Inventario de Burnout de Maslach y Jackson**

**Por ultimo en el capítulo tres exponemos el análisis y la discusión de los resultados de nuestra investigación**

**Finalizamos nuestra investigación expresando nuestras conclusiones y recomendaciones**

**CAPITULO 1**  
**MARCO TEORICO**

## **1 1 Trastorno adaptativo**

### **1 1 1 Definición de los trastornos adaptativos**

Se denomina trastorno adaptativo al conjunto de síntomas emocionales y/o conductuales observados como reacción a un evento estresor vivenciado como importante por parte del que manifiesta los síntomas. Se caracterizan por un acusado malestar superior al esperable ante la presencia de estresantes psicosociales claramente identificables y que conllevan un deterioro significativo de la actividad social o profesional.

Puede desencadenarse inmediatamente a la ocurrencia del acontecimiento o durante los tres primeros meses resolviéndose el proceso en un periodo de tiempo no superior a los seis meses. Son múltiples y variados los acontecimientos capaces de dar lugar al proceso: pérdidas de empleo, problemas laborales, separaciones y divorcios.

Es conveniente señalar que este tipo de trastornos empeoran, en general, patologías médicas existentes o complican el tratamiento de enfermedades existentes. De igual manera, este tipo de trastornos están asociados a incrementos del riesgo de suicidio e intentos suicidas.

El manual de diagnósticos mentales DSM IV TR define los "trastornos adaptativos" como la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable dentro de los tres meses de producido. Esta respuesta es mayor de lo esperable y produce un deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica). Según el manual, la alteración no cumple los criterios para otro trastorno ni constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente; tampoco los síntomas responden a una reacción de duelo y una vez que ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales –IV texto revisado DSM IV TR (2002) Madrid Ed Elsevier Masson. P759



El manual diagnóstico CIE 10 se refiere a los Trastornos de adaptación afirmando que se trata de estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que por lo general interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante <sup>2</sup>

El riesgo de aparición y la forma de expresión de las manifestaciones de los trastornos de adaptación están determinados de un modo importante más que en el caso de otros trastornos por una predisposición o vulnerabilidad individual Sin embargo hay que aceptar que el trastorno no se habría presentado en ausencia del agente estresante Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen humor depresivo ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas) sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses

### **1 1.2 Características diagnósticas**

Existen varias características esenciales del trastorno adaptativo como lo son <sup>3</sup> el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante (Criterio A) La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar superior al esperable dada la naturaleza del estresante o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica) (Criterio B) Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I (p ej trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II (Criterio C) Sin embargo puede diagnosticarse un

---

<sup>2</sup> CIE10 Trastornos mentales y del comportamiento descripciones clínicas y pautas para el tratamiento (1992) ed. Meditor S.L.

<sup>3</sup> DSM IV TR. Op cit.763

trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II si este ultimo no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D) Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E) Sin embargo los síntomas pueden persistir por un periodo prolongado de tiempo (p ej más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p ej una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (p ej dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio) El estresante puede ser un acontecimiento simple (p ej la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores multiples (p ej dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales) Los estresantes son a veces recurrentes (p ej asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p ej vivir en un barrio de criminalidad elevada) El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (p ej como sucede en una catástrofe natural) También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (p ej ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar casarse ser padre fracasar en los objetivos profesionales jubilarse)<sup>4</sup>

### **1 1.3 Subtipos y especificaciones**

Los trastornos adaptativos son codificados de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes

F43 20 Con estado de ánimo depresivo [309 0] Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo llanto o desesperanza.

---

<sup>4</sup> DSM IV TR, Op.clp, P 75.

**F43 28 Con ansiedad [309 24]** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo preocupación o inquietud en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación

**F43 22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309 28]** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son una combinación de ansiedad y depresión

**F43 24 Con trastorno de comportamiento [309 3]** Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p ej vagancia, vandalismo conducción irresponsable peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales)

**F43 25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309 4]** Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p ej depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v subtipo anterior)

**F43 9 No especificado [309 9]** Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p ej quejas somáticas aislamiento social inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones

**Agudo** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses

**Crónico** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias La especificación

crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes<sup>5</sup>

#### **1 1 4 Síntomas y trastornos asociados**

El malestar o el deterioro de la actividad asociado a los trastornos adaptativos se manifiesta frecuentemente a través de una disminución del rendimiento en el trabajo o en la escuela y con cambios temporales en las relaciones sociales

Los trastornos adaptativos están asociados a un aumento del riesgo de suicidio e intentos de suicidio. La aparición de un trastorno adaptativo puede complicar el curso de una enfermedad en individuos que tengan patología médica (p. ej. incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital)

#### **1 1 5 Criterios para el diagnóstico de trastornos adaptativos**

- A La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante
- B Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo
  - (1) malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
  - (2) deterioro significativo de la actividad social o laboral (o académica)
- C La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II
- D Los síntomas no responden a una reacción de duelo

---

<sup>5</sup> Ibid. p760

E Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses <sup>6</sup>

## **1.2 Síndrome de burnout**

### **1.2.1 Definición del síndrome de burnout**

El Síndrome de Burnout se define como el estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor en un puesto en el que antes ha funcionado adecuadamente a nivel de rendimiento como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo. El Síndrome de Burnout es un problema social y de salud pública.

El término inglés Burnout, significa en la traducción al castellano “estar o sentirse quemado agotado sobrecargado exhausto debido a la demanda excesiva de energía, fuerza o recursos” <sup>7</sup>. Este término fue propuesto por el psicoanalista de origen alemán Herbert Freudenberger en 1974 quien trabajó en una clínica de toxicómanos y observó una pérdida de energía, desmotivación en el trabajo así como síntomas de ansiedad y depresión manifestada en la mayoría de los voluntarios de la clínica los cuales se mostraban insensibles poco comprensivos y agresivos en la relación con la gente. Definió este conjunto de síntomas como conjunto de síntomas médico-biológico y psicosociales inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía <sup>8</sup>. En 1974 Von Ginzburg define el Burnout como ‘una agotamiento psicofísico de los trabajadores en las organizaciones de ayuda’ <sup>9</sup>.

---

Ibid p763

<sup>7</sup> Dunham, (1976). Stress situations and responses citado por Matteus, (2004), Programa de terapia cognitivo conductual para maestros de la escuela básica general del IPHE que presentan síndrome de burnout. Panamá. p6

<sup>8</sup> Freudenberger (1977). Speaking from experience –burnout – organizational menace citado por Izquierdo, Rene.. Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento. Venezuela 2003 p29

<sup>9</sup>Matteus, Loc.cit,

En 1976 la psicóloga clínica Cristina Maslach da a conocer el concepto de Burnout, en el Consejo Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, los trabajadores presentaban pérdida gradual de responsabilidad profesional y desinterés sónico entre sus compañeros<sup>10</sup>

No es hasta 1981 cuando Maslach y Jackson configuran este síndrome como un trastorno tridimensional caracterizado por agotamiento emocional despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan de alguna forma con personas es decir profesiones de servicio o asistenciales

Gil Monte y Peiró (1997) definen el *agotamiento emocional* como cansancio y fatiga que puede manifestarse tanto física como psíquicamente o como una combinación de ambas sería la sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás

La necesidad de estudiar el Síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral así como al reciente hincapié que las organizaciones han hecho sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados Se puede establecer una relación entre los estadios o momentos por los que transcurre la carrera profesional del sujeto sus niveles de rendimiento y la sintomatología relacionada con el Burnout. Por ejemplo cuando un sujeto se incorpora a un puesto por primera vez inicia con entusiasmo y dedicación, poco a poco va descubriendo los problemas infranqueables de la tarea y entra en un período de estancamiento en el que se preocupa por no poder dar respuestas a las demandas pero en este momento no se hace nada, posteriormente se desarrollarán respuestas de ira y frustración del sujeto ante los estresores de la situación laboral si no hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas se entra en un período de apatía donde aparecen los síntomas cognitivos y emocionales relacionados con el Burnout

---

<sup>10</sup>Ibid., P8

Actualmente resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (absentismo rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc ) Asimismo la incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo sobre los profesionales de la salud conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general

En los trabajos sobre el Síndrome de Burnout, Maslach y Jackson consideran este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto en el cual se destacan tres aspectos

- El cansancio emocional caracterizado por la pérdida progresiva de energía desgaste y agotamiento
- La despersonalización caracterizada por un cambio negativo de actitudes que conducen a un distanciamiento frente a los problemas
- La falta de realización personal que incluye la manifestación de respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo con síntomas depresivos aislamiento y agotamiento físico y psíquico la despersonalización en el sentido de la deshumanización y con una actitud negativa hacia sí mismo y hacia los propios logros una moral baja, un detrimento y descenso de la productividad en el trabajo lo que lleva a una pobre realización personal

El desarrollo de este síndrome puede seguir la siguiente secuencia en la primera etapa se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de forma que los primeros exceden a los segundos lo que provoca una situación de estrés agudo La segunda etapa el individuo realiza un sobre esfuerzo para adaptarse a las demandas Pero esto sólo funciona transitoriamente en la tercera etapa, aparece realmente el Síndrome de Burnout con los componentes descritos cansancio personal despersonalización y falta de realización personal por ultimo en la cuarta etapa, el individuo deteriorado psicofísicamente se convierte en un peligro más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios En general pueden establecerse dos tipos de repercusiones del Síndrome Burnout para el individuo (salud relaciones interpersonales

fuera del trabajo) y para la institución (insatisfacción laboral propensión al abandono y al ausentismo deterioro de la calidad del servicio se genera cierto grado de hostilidad y resentimiento<sup>11</sup>

## **1 2.2 Características generales del síndrome de burnout**

Las características o rasgos que definen el Síndrome de Burnout provienen de los trabajos de Maslach, C y Jackson, S quienes consideran el agotamiento emocional la despersonalización y la falta de realización personal como los tres componentes antes mencionados esenciales de este síndrome

### **a) Cansancio emocional**

Es la actitud más evidente clara y comun en la mayoría de los casos las personas no responden a las demandas laborales y generalmente se encuentran irritables y deprimidas Se caracteriza por una pérdida progresiva de energía, una creciente sensación de cansancio y fatiga que puede manifestarse tanto física como psíquicamente o como una combinación de ambas este agotamiento en el trabajo el desgaste y la disminución de los recursos emocionales hacen que el sentimiento de capacidad de entrega a los demás se desvanezca

### **b) Despersonalización**

Se manifiesta con el desarrollo de sentimientos actitudes y respuestas negativas distantes y frías una conducta de cinismo y aislamiento logrando así una postura impersonal hacia otras personas específicamente a los beneficiarios del propio trabajo Esta conducta surge ante el fracaso del individuo por modificar las situaciones estresantes de la fase anterior provocadoras de sentimientos negativos por lo cual para protegerse de estos sentimientos y adaptarse a la situación el individuo se aísla. El profesional despersonalizado trata de aislarse no sólo de las personas a las que brinda atención, sino también de los miembros del

---

<sup>11</sup> Martínez-López C., López-Solache G., (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. México.p7



equipo con los que trabaja, mostrándose cínico irritable irónico e incluso utilizando etiquetas despectivas, al mismo tiempo que les atribuye la culpabilidad de sus frustraciones y de su descenso en el rendimiento laboral

### **C) Falta de realización personal**

Segun Maslach y Jackson<sup>12</sup> la falta de realización personal se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido junto con vivencias de fracasos y sentimientos de baja autoestima, afectando al rendimiento laboral Este sentimiento de fracaso se caracteriza por una dolorosa desilusión e impotencia Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos) carencias de expectativas laborales y una generalizada insatisfacción Todos estos sentimientos y pensamientos negativos traen como consecuencia la impuntualidad, la evitación del trabajo el ausentismo y por ultimo el abandono de la profesión

Existe un consenso entre los autores que han realizado estudios sobre el tema, en el que estos tres elementos son los componentes básicos del Síndrome de Burnout puesto que están ligados entre sí a través de una relación asimétrica.

## **1 2.3 Manifestaciones del síndrome de burnout**

El Síndrome de Burnout como mencionamos anteriormente afecta diversas áreas de la vida del individuo y sus manifestaciones son variadas entre estas tenemos

### **a) Manifestaciones psicosomáticas**

Se han observado un conjunto de manifestaciones psicosomáticas entre las que destacan fatiga crónica, frecuentes dolores cervicales dolores de cabeza, úlceras o desórdenes gastrointestinales dolores musculares en la espalda y cuello trastornos del sueño

---

<sup>12</sup> Matteus. Op.cit p.9

taquicardias cardiopatías hipertensión, isquemias, crisis asmáticas y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales

#### **b) Manifestaciones emocionales**

Los profesionales que desarrollan este síndrome presentan síntomas de distanciamiento afectivo de las personas a las que atiende la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, sentimientos de soledad y alineación, impotencia u omnipotencia. Es también frecuente la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral al mismo tiempo le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional con el consiguiente descenso en su autoestima.

#### **c) Manifestaciones conductuales**

Engloba síntomas tales como ausentismo laboral conducta violenta, presencia de conductas adictivas (abuso de drogas alcohol o ambas) conflictos en el ámbito familiar incapacidad de relajarse conductas de alto riesgo

#### **d) Manifestaciones psicológicas**

Frecuentemente se aprecia nerviosismo ansiedad, desorientación, baja tolerancia a la frustración, actitudes paranoides baja autoestima, depresión

Todas estas manifestaciones afectan el entorno del individuo y a las personas próximas a él deteriorando su entorno laboral familiar y social

### **1.2 4 Diagnóstico diferencial**

Es importante establecer una diferencia que nos permita distinguir entre el Burnout y otros constructos psicosociales tales como el estrés laboral ya que aunque parece existir acuerdo entre los autores en considerar el síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral y calificarlo como una forma de tensión, entendiendo por tensión aquellos cambios

psicológicos y conductuales del estrés sobre la persona y que son resultado de la acción de uno o varios estresores

La diferencia entre el estrés laboral y el Burnout radica en que el primero es el resultado de una adaptación temporal mientras que el segundo es la ruptura en la adaptación de tipo crónico. El sujeto afectado por el Burnout no puede volver a sus niveles normales o iniciales de funcionamiento otra vez, además el estrés es un proceso que puede tener resultados positivos o negativos para los individuos que lo padecen, mientras que el Burnout siempre conlleva resultados negativos.

El Burnout también puede confundirse con la fatiga física, pero se diferencian por una recuperación más rápida del que padece la fatiga, pudiendo estar acompañada de sentimientos de realización personal y a veces de éxito frente al que padece Burnout.

A pesar que la depresión muestra correlación significativa con una de las dimensiones del Burnout (el agotamiento emocional) no la muestra con las otras dos dimensiones ya que esta puede surgir en otros contextos (personal, social, familiar) distintos del trabajo. La diferencia más clara la vemos en que el Burnout es un constructo social que surge como consecuencia de las relaciones interpersonales y organizacionales mientras que la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que tienen consecuencias sobre esas relaciones interpersonales. Por otro lado el Síndrome de Burnout también puede diferenciarse de la ansiedad, siendo el Burnout más amplio que el concepto de ansiedad y éste puede ser una respuesta al estrés. La ansiedad se produce cuando el individuo no posee los recursos necesarios para afrontar una situación, mientras que el Burnout es un sobredimensionamiento de las exigencias sobre las habilidades del individuo.

La insatisfacción laboral se relaciona con variables que se encuentran muchas veces poco relacionadas con la naturaleza de la tarea y del Burnout, pero sí con otros factores externos relacionados con la vida personal. Mientras que el síndrome de quemarse supone una actitud de despersonalización, este aspecto no se da en la insatisfacción.

En la actualidad, son muchos los autores que defienden que el Burnout es un síndrome con identidad propia y multidimensional siendo un proceso que se desarrolla progresivamente y de forma continuada en el que se produce la interacción secuencial de variables emocionales cognitivas y actitudinales dentro de un contexto laboral<sup>13</sup>

### **1.2 5 Variables desencadenantes o antecedentes del burnout**

Por variables desencadenantes o antecedentes entendemos aquellas variables que predicen la aparición del Burnout y pueden ayudarnos a comprender mejor su origen. Como plantea Cherniss 1980<sup>14</sup> las formas de identificarlas pueden ser muy variadas y permiten entender que las variables a analizar se han enfocado desde varias perspectivas: variables más relacionadas con aspectos personales del individuo, con características propias del contexto laboral o con aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo o incluso desde perspectivas interrelacionadas.

Para una mejor organización y entendimiento dividiremos las variables en tres categorías: Organizacionales, Sociales, Personales.

A) Organizacionales: son variables intrínsecas a la organización que pueden por sí mismas generar situaciones negativas o bien juegan un papel importante en la interacción continua trabajador-puesto de trabajo. Entre estas variables podemos distinguir:

- 1 Dinámica del trabajo: fruto de interacciones mal conducidas con compañeros o supervisores, de planteamientos directivos descendentes poco claros, de un mal establecimiento de los roles a desempeñar.
- 2 Inadecuación profesional: no adaptarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña, no tanto por sí mismo como por el

---

<sup>13</sup> Ramos, F. (1999) Síndrome de burnout. Madrid. Citado por Rubio, Jesús. "Fuentes de estrés, síndrome de burnout y actitudes disfuncionales en orientadores de IES. España 2003" p19

<sup>14</sup> Matthews. Op.cit p.25

hecho de tener que seguir trabajando en un puesto al que objetivamente no está adecuado profesionalmente

- 3 Sobrecarga de trabajo referida a las exigencias del trabajo que sobrepasan las racionalmente aceptables y que suelen ir acompañadas de exceso de tareas que no son agradables A más exigencias y por tanto mayor responsabilidad en sus actuaciones habituales mayor probabilidad de aparición del síndrome
- 4 Los contenidos relacionados con la variedad de tareas el grado de feedback, la identidad de las mismas la realización
- 5 Ambiente físico de trabajo estresores como el nivel de ruido que debe soportar el sujeto en el lugar de trabajo y en concreto sus características de intensidad, control predictibilidad y frecuencia, suponen una fuente importante de estrés laboral
- 6 Los turnos de trabajo el trabajo nocturno como variable que incide en el síndrome especialmente cuando a su vez implica una sobrecarga de trabajo junto con las dificultades propias de la sociabilidad por la falta continuada de descanso
- 7 Conflicto y ambigüedad de rol un rol puede ser definido como el conjunto de expectativas y demandas sobre conductas que se esperan de la persona que ocupa una determinada posición
- 8 Estresores relacionados con las nuevas tecnologías las nuevas tecnologías afectan a los profesionales facilitando o entorpeciendo el desempeño de las tareas y conllevan un cambio en las habilidades que el sujeto debe poner en práctica para desempeñar el trabajo
- 9 Estructura organizacional el Burnout se da en aquellas organizaciones excesivamente centralizadas o rígidas en las que prácticamente todo está previamente definido y las posibilidades de improvisar o de tomar decisiones están muy restringidas También en estructuras descentralizadas donde la improvisación y el 'verlas venir' se impone
- 10 Estresores económicos cuando existe inseguridad económica (contrato inestable ausencia del mismo insuficiencia económica, previsiones negativas sobre el futuro del puesto de trabajo etc ) aumenta la vulnerabilidad al Burnout

- 11 Desafío en el trabajo se refiere a la circunstancia que a veces se da en los trabajadores dentro del contexto laboral de tener que estar continuamente demostrando su capacidad para desarrollar adecuadamente el desempeño laboral. A mas desafío más Burnout, en concreto mayor despersonalización y menor realización personal.
- 12 El clima organizativo integrado por variables como participación en la toma de decisiones, autonomía en el trabajo, compromiso con el trabajo, relaciones con los compañeros.

**B) Sociales** son variables no relacionadas con el contexto laboral y sí con otros ámbitos que pueden originar fricciones importantes: familia, amigos, estilos de vida, etc. El apoyo social está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos. Podemos reconocer la incidencia del apoyo en varios aspectos:

- 1 **Comunicación**: cuando los flujos comunicativos se deterioran en el ambiente social del individuo, la aparición de Burnout aumenta.
- 2 **Actitudes de familiares y amigos**: está muy condicionada por las relaciones interpersonales, pero en este caso se refiere al sentido positivo o negativo de las actitudes que familiares y amigos tienen hacia la persona.
- 3 **Problemas familiares**: el hecho de que ocurran problemas familiares que distorsionen el funcionamiento normal de la dinámica del hogar predispone a la persona a sufrir Burnout.
- 4 **Recursos de afrontamiento familiares**: cuando la familia facilita la puesta en marcha de diversos recursos para afrontar las situaciones que pueden dar lugar a Burnout, la persona presenta menor vulnerabilidad a su padecimiento.
- 5 **Cultura**: el Burnout no afecta de la misma manera a individuos pertenecientes a una cultura u otra, debido fundamentalmente a que ésta marca no sólo la forma de entender el desempeño laboral sino también la manera de entender las relaciones sociales y los diferentes apoyos que la persona puede recibir.

C) Personales son variables propias del individuo y hacen referencia a aspectos de su personalidad, sus sentimientos y pensamientos, sus emociones, sus actitudes etc

- 1 Locus de control es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones (locus interno) o no (locus externo) Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades habría de que apareciera el síndrome
- 2 Personalidad resistente (Hardiness) se caracteriza por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo por una percepción de control del ambiente así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza.
- 3 Sexo la variable sexo no tiene una influencia clara. El rol familiar laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al Burnout, así las mujeres presentan más conflicto de rol conflictos familia trabajo entre otros por lo que serán más propensas a presentar el síndrome En general la mujer presenta puntuaciones más elevadas en la dimensión agotamiento emocional pero más bajas en reducida realización personal mientras que los varones puntúan más alto en despersonalización Sin embargo esta variable no es del todo concluyente
- 4 Edad la edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo
- 5 Estado civil existen estudios que correlacionan que los individuos casados o que conviven con su pareja tienen menores índices de estar quemado (Burnout)
- 6 Estrategias de afrontamiento lo que supone que el individuo está empleando unas estrategias de afrontamiento que son acertadas para hacer frente a la situación, centradas en el carácter activo y en el problema, que hacen que disminuya la posibilidad de padecer Burnout
- 7 Auto eficacia. es entendida como la percepción que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere “comprobar” la valía personal del individuo

- 8 Patrón de personalidad tipo A caracteriza a los individuos con altos componentes de competitividad, esfuerzo por conseguir el éxito agresividad, prisa, impaciencia, inquietud, que predisponen claramente al Burnout
- 9 Expectativas personales se refiere a aquellas expectativas que el individuo tiene hacia cualquier evento vital conforme las expectativas de la persona no se cumplan aumentará el riesgo de padecer Burnout

Podríamos concluir que las variables más analizadas son las que se encuadran en el contexto laboral dentro de las organizacionales. Se consensua la importancia de estas variables por encima de las otras puesto que el Burnout se ha conceptualizado fundamentalmente en el contexto laboral. La mayoría de trabajos parten de la presunción de que las diversas variables laborales condicionan, por sí mismas determinadas reacciones en los individuos que podrían conducir al padecimiento del Burnout.

#### **1.2.6 Población en riesgo de desarrollar el síndrome de burnout**

Este Síndrome Afecta especialmente a aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con personas mas concretamente en aquellas profesiones que mantienen una relación de ayuda médicos enfermeros, maestros psicólogos policías y es frecuente en aquellas profesiones que suponen una relación cercana intensa con los beneficiarios del trabajo

Pero este síndrome no es exclusivo del personal sanitario o de servicio en la actualidad se extiende a todas aquellas profesiones o trabajos de intervención social donde se interactúa de forma activa dentro de estructuras funcionales por ejemplo gerentes de empresas deportistas telemarketers (operadores de call center)

Las personas vulnerables al Burnout se caracterizan por elementos tales como una elevada auto exigencia, baja tolerancia al fracaso necesidad de excelencia y perfección necesidad de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea.



Los factores asociados son insatisfacción marital relaciones familiares empobrecidas faltas de tiempo de ocio y una baja en la actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral En síntesis a estas personas víctimas del síndrome de Burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse

También las personas víctimas de violencia intrafamiliar generalmente adoptan, una conducta dependiente y demandante hacia quienes tienen a su cargo la atención médica, psicológica, legal o social Por lo tanto es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial

Los estudios realizados en Panamá sobre el síndrome de Burnout, en su mayoría se han limitado al área educativa dando como resultado que las mujeres casadas con hijos que tienen menos años de servicio en el área educativa y con salarios menores a 200 00 dólares son más vulnerables a desarrollar el Síndrome

Un estudio descriptivo realizado por Bosquez<sup>15</sup> en el 2001 con el personal médico y de enfermería concluyó que el personal de enfermería es más propenso a desarrollar el síndrome que este se manifiesta más en mujeres casadas con hijos y a diferencia de los estudios con educadores el personal de enfermería con más años de servicio tenía mayor probabilidad de presentar el Síndrome de Burnout.

### **1.2 7 Trastorno adaptativo y síndrome de burnout**

El síndrome de Burnout puede ser considerado dentro del trastorno adaptativo ya que éste se define como un conjunto de síntomas emocionales y/o conductuales observados como reacción a un evento estresor vivenciado como importante por parte del que manifiesta los síntomas El trastorno adaptativo se caracteriza por un definido malestar superior al esperable ante la presencia de estresantes psicosociales claramente identificables y que conllevan un deterioro significativo de la actividad social o profesional

---

<sup>15</sup> Bosquez, Elisa.(2001). Estudio descriptivo sobre el síndrome de burnout en enfermeras y médicos hematólogos del C.H.D.R.A.A. M. y el ION

Tomando en consideración esta definición y los criterios vemos que en el síndrome de Burnout se manifiestan síntomas emocionales como lo es la despersonalización que es un cambio negativo en la actitud, se da distanciamiento frente a los problemas y en el componente comportamental se presenta ausentismo laboral conductas violentas y/o agresivas dando como resultado un deterioro significativo de la actividad laboral y social

El síndrome de Burnout es desencadenado por estresores de intensidad variable y su aparición o manifestación va a depender de las variables individuales y los métodos de afrontamiento que posea el sujeto

### **1.3 Ansiedad**

El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de un estado de agitación, inquietud del estado de ánimo. La ansiedad es un fenómeno humano universal cuyo rango oscila desde una respuesta adaptativa a un trastorno incapacitante. En la mayoría de casos no requiere tratamiento alguno. Sólo cuando se hace suficientemente intensa como para constituir un problema de salud, desbordar la capacidad adaptativa del sujeto o interferir en la vida diaria debe considerarse el tratamiento.

Normalmente la función de la ansiedad sería movilizar activar al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes de forma que pueda neutralizarlas abordarlas o asumirlas satisfactoriamente. En algunos casos en función de la estrategia defensiva, puede actuar no como promotor de la acción sino como inhibidor procesos ambos que requieren una elevada activación psicofisiológica.

Las personas que manifiestan el síndrome de Burnout, desarrollan síntomas de ansiedad ante diversas situaciones. Skinner B (1979) define la ansiedad como miedo a un evento inminente es más que expectativa. la ansiedad implica respuestas emocionales ante un estímulo aversivo condicionado. Por otro lado Beck, A (1985) notable representante del Enfoque Cognitivo la define como un estado emocional subjetivamente desagradable

caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo <sup>16</sup>

Según el Conductismo la ansiedad clasifica simplemente como conducta que solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta <sup>17</sup>

También explican que un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo si resulta que está actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo. Entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la ansiedad por él evocada puede en ocasiones posteriores condicionarse a otros estímulos <sup>18</sup>

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma y se muestran de acuerdo al afirmar que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico <sup>19</sup>

El Enfoque Cognitivo distingue la ansiedad del miedo afirmando que la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación, Beck afirma que El elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece

---

<sup>16</sup> Izquierdo op cit., p 35.

<sup>17</sup> BF Skinner (1989). *El Análisis de la conducta* una visión retrospectiva traducido en 1991 por editorial Limusa citado por Walter Y James Shea Thomas Manejo conductual México 1984 p.34 Thomas México

<sup>18</sup> Izquierdo, op Cit. p 36

<sup>19</sup> Walter y Thomas, op cit 34

rápidamente como un reflejo después de un estímulo inicial (por ejemplo respiración entrecortada) aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad <sup>20</sup>

Es importante resaltar el carácter anticipatorio que tiene la ansiedad la cual previene al individuo de peligros y amenazas por lo que desempeña un papel importante para la adaptación del individuo sin embargo cuando la respuesta ansiosa se anticipa a un peligro irreal puede producir respuestas desproporcionadas ante situaciones irreales, puede ser vista como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa

### **1.3 1 Componentes de la ansiedad**

La ansiedad tiene tres componentes fundamentales

a) Subjetivo- Cognitivo es el componente que tiene que ver con la propia experiencia interna, e incluye un espectro de variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad. A esta dimensión pertenecen las experiencias de miedo pánico alarma, inquietud, aprensión, obsesiones, y pensamientos intrusivos de tipo catastrófico. Se le concede a esta dimensión la función de percibir y evaluar los estímulos y/o las manifestaciones ansiosas para su valoración y consecuente búsqueda de respuesta. Es decir que la apreciación subjetiva de las otras dimensiones es lo que permite que determinada persona pueda saber que hay una alteración ansiosa.

b) Fisiológico- Somática. la ansiedad se acompaña invariablemente de cambios y activación fisiológica de tipo externo (sudoración, dilatación pupilar temblor tensión muscular palidez facial entre otros) interno (aceleración del ritmo cardíaco y respiratorio descenso de la salivación, entre otros) e involuntarios o parcialmente voluntarios (palpitaciones temblor vómitos desmayos, entre otros). Estas alteraciones se perciben

---

<sup>20</sup> Izquierdo Lot.cit.

subjetivamente de forma desagradable y ayudan a conformar el estado subjetivo de ansiedad

c) Motor Conductual Trata de los cambios observables de conducta que incluyen la expresión facial movimientos y posturas corporales aunque principalmente se refiere a las respuestas de evitación y escape de la situación generadora de ansiedad

La ansiedad es antes que todo una respuesta adaptativa que tiene como fin la preparación del organismo para satisfacer las demandas que le hace el medio Funciona como una señal de alarma ante la presencia de estímulos potencialmente nocivos para la homeostasis del individuo el cual hace una evaluación subjetiva de la situación estímulo y actúa de acuerdo con los recursos que considere tener Sin esta activación de alarma no sería posible asumir de manera exitosa, los cambios de conducta necesarios para enfrentar la situación estímulo y recuperar el equilibrio su función puede ser equiparada con la del miedo

Podemos concluir que la ansiedad es en inicio una conducta adaptativa que beneficia, y que se torna desadaptativa por la intensidad y duración de los síntomas así como por la incapacidad de responder debido a que el sujeto considera no poseer los elementos apropiados para cumplir satisfactoriamente con los requisitos de la demanda.

### **1.3.2 Ansiedad perturbadora y ansiedad del Yo**

Albert Ellis desarrolla un nuevo constructo el cual hace referencia a dos formas fundamentales de la ansiedad ansiedad perturbadora y ansiedad del yo Define la primera como la tensión emocional que tiene lugar cuando las personas

- 1 Sienten que su comodidad o vida está siendo amenazada.
- 2 Que deben o tienen que conseguir lo que quieren.
- 3 Que es horroroso o catastrófico cuando no consiguen lo que supuestamente deben

La Ansiedad del Yo por otra parte la define como la tensión emocional que tiene lugar cuando la gente siente

- 1 Que su valía personal está amenazada.
- 2 Que deben o tienen que hacer bien las cosas y/o ser aprobados por los demás
- 3 Que es horroroso y catastrófico cuándo no hacen bien las cosas y/o no son aprobados por los demás como supuestamente debía o debería serlo

La Ansiedad Del Yo es un sentimiento dramático e intenso que normalmente parece arrollador se acompaña frecuentemente con sentimientos de grave depresión, vergüenza, culpa e incapacidad y a menudo lleva a la gente a terapia. Por su lado la ansiedad perturbadora es menos dramática pero quizás más comun Tiende a darse en ciertas situaciones << perturbadoras >> o << peligrosas >> y consecuentemente dar lugar a fobias Pero puede también con facilidad generalizarse hacia sentimientos perturbadores en sí mismo como sentimientos de ansiedad, depresión y vergüenza.

#### **1 4 Tratamiento**

Dado que el Síndrome de Burnout es un problema que cada día afecta más a nuestra sociedad y debido al poco estudio que se ha hecho de este fenómeno debemos desarrollar programas de tratamientos dirigidos a prevenir el aumento de casos Desde esta perspectiva, el tratamiento debe estar encaminado a identificar las conductas que disminuyen el riesgo de que se presente el Síndrome y favorecer las que propicien el cambio en la conducta inapropiada de los individuos a fin de que ellos modifiquen sus estilos de vida.

##### **1 4 1 Modelos de intervención cognitivo conductual**

Los enfoques cognitivos de la terapia tienen como objetivo la modificación de las cogniciones equívocas que presentan las personas con relación al mundo y a sí mismas La diferencia que existe con los terapeutas conductuales tradicionales, quienes se concentran en la modificación del comportamiento externo es que los terapeutas cognitivos además

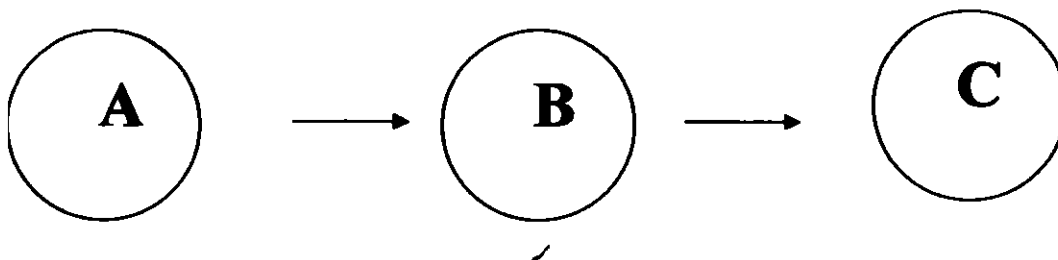
tratan de cambiar el modo en que piensan las personas<sup>21</sup> Debido a que con frecuencia emplean los principios del aprendizaje se denomina enfoque cognitivo conductual

La Terapia Racional Emotiva es un ejemplo de este tipo de tratamiento ella trata de modificar en su estructura el sistema de creencias de una persona y se basa en un conjunto de perspectivas más realistas lógicas y racionales En sus inicios la Terapia Racional Emotiva o TRE de Albert Ellis (1962) no fue muy acogida por los terapeutas Sin embargo las actitudes cambiaron pronto cuando los conductistas se interesaron de manera creciente en los procesos cognoscitivos mediadores puesto que la TRE y las estrategias conductuales tienen similitud en diferentes puntos

#### **1 4 1 1 El modelo terapia racional emotiva conductual “T R.E.C ”**

Esta corriente fue presentada por primera vez por Albert Ellis en 1956 con el nombre de “Rational Therapy” luego remplazado por el de Rational Emotive Therapy y finalmente a partir de 1994 denominada Rational Emotive Behavior Therapy o REBT (en español terapia racional emotiva conductual o TREC)

Ellis considera que el nucleo de su teoría está representado por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epícteto Las personas no se alteran por los hechos sino por lo que piensan de los hechos Sintética y gráficamente Ellis, resumió su teoría en lo que denomino el “ABC recordando que entre A y C siempre esta B




---

<sup>21</sup> Beck, A T Cognitive therapy a 30 year perspective. Citado por Feldman Robert psicología con aplicaciones para Iberoamérica, México 1996, p479

A Representa el acontecimiento activador suceso o activación Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento imagen, fantasía, conducta sensación, emoción)

B representa en principio al sistema de creencias pero puede considerarse que incluye todo el contenido de sistema cognitivo (pensamientos recuerdos imágenes supuestos inferencias actitudes atribuciones normas valores esquemas filosofía de vida etc )

C representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación A Las C pueden ser de tipo emotivo (emociones) cognitivo (pensamiento) o conducta (acciones)

En un análisis más profundo se explica que las relaciones no son ni exclusivas ni lineales ni unidireccionales como en el esquema anterior pero que este es el modelo básico y más didáctico para explicar el origen y el tratamiento de los trastornos<sup>22</sup>

#### **1.4.1.1.1 Las consecuencias**

Con respecto a las consecuencias la TREC distingue entre las aprobadas ( funcionales o no 'perturbadoras ) y las inapropiadas ( disfunción perturbadas o auto sabotadoras )

El concepto contenido por la corriente cognitivo conductual es que las emociones son muy importantes y cumplen funciones imprescindibles

Las emociones son importantes porque cumplen tres importantes funciones en la persona

- 1 Nos informan de diversos desequilibrios en nuestra vida así como el hambre nos informa de nuestra necesidad de alimento La tristeza nos informa de alguna pérdida o carencia y el enojo o la ira que de algún obstáculo se interpone o alguna situación frustra nuestros objetivos expectativas o derechos

---

<sup>22</sup> Ellis, A. (1980) Razón y emoción en psicoterapia. Bilbao citado por Camerini Julio Introducción a la terapia cognitiva, teoría, aplicaciones y nuevos desarrollos. Argentina 2004 P.20



- 2 Generan la motivación y el impulso o energía necesarios para actuar superando las situaciones negativas o desequilibrios detectados Por ejemplo sin el miedo no evitaríamos los peligros
- 3 Las emociones son medios de comunicación para informar a los que nos rodean sobre nosotros nuestros deseos e intenciones Por ejemplo la tristeza de un niño indica a sus padres un dolor o necesidad no satisfecha

Algunas reacciones son más apropiadas o funcionales que otras para lograr nuestra meta Por lo que hay reacciones que nos sirven y otras que no nos sirven o que nos alejan de nuestras metas A las primeras las llamamos apropiadas o funcionales y a las segundas disfuncionales inapropiadas o auto saboteadoras

La diferencia entre ambas radica en dos consideraciones

- 1 Que la intensidad sea acorde a la situación con referencia a la cual genera.
- 2 Que favorezca si fuera posible o al menos que no sea contraproducente o adversa a
  - Preservar la vida.
  - Preservar la salud
  - Evitar el sufrimiento
  - Resolver el problema, si se pudiera.
  - Lograr la meta u objetivos de la persona

En otras palabras las emociones (o conductas) inapropiadas se caracterizan por

- 1 Causar sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación
- 2 Llevar a comportamientos “auto sabotadores” (contrarios a los propios intereses u objetivos)
- 3 Dificultar o impedir la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios
- 4 Estar asociada a creencias irracionales

### 1 4 1 2 Las cogniciones (B)

Para una mejor comprensión del concepto B Ellis y Dryden ejemplifican algunas cogniciones

- 1 Observaciones (no evaluadoras) las cuales se limitan a lo observado El hombre esta caminando
- 2 Inferencias (no evaluadoras) que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneos El hombre que está caminando intenta llegar a la oficina, esta apurado etc
- 3 Evaluaciones preferenciales Me gustaria tener pareja
- 4 Evaluaciones demandantes o debo perturbaciones necesito absolutamente tener pareja

Adviértase que las evaluaciones demandantes se caracterizan por su rigidez e intolerancia a la frustracion Las evaluaciones son denominadas por Ellis creencias y calificadas como irracionales las demandantes y como 'racionales las preferenciales Dentro del sistema es importante diferenciar las inferencias de las creencias ya que

Las inferencias pueden ser acertadas (ajustadas a la realidad) o erroneas

Las creencias pueden ser racionales o irracionales

Una creencia irracional se caracteriza por

- 1 Ser logicamente inconsistentes (partir de premisas faltas o resultar de formas incorrectas de razonamiento)
- 2 Ser inconsistente con la realidad (no concordante con los hechos distintos a lo observables)
- 3 Ser dogmática, absolutista, expresada con demandas (en vez de preferencias o deseos) Aparece con el empleo de términos como 'necesito debo no puedo jamas etc En lugar de deseo prefiero es mejor no me gusta, es peor etc
- 4 Conducir a emociones inapropiadas o auto saboteadoras

- 5 No ayuda (o impedir) el logro de los objetivos de la persona.

#### **1.4.1.3 Las demandas**

La denominación de creencia irracional se ha destinado a especialmente a las demandas. Ellis descubrió que las perturbaciones de los pacientes provienen de pensamientos que se basan en una actitud demandante. Esa actitud se evidenciaba cuando debajo de otros pensamientos aparecía alguno que expresaba una demanda o exigencia absolutista, rígida e intolerante.

Generalmente estas demandas están expresadas por frases tales como 'yo debería, yo necesito, él tiene que, él no debe' y algunos derivados tales como 'no soporto que es inadmisible que'. Ellis denominó a las demandas absolutistas creencias irracionales y brindó una lista de las más frecuentes encontradas en sus pacientes:

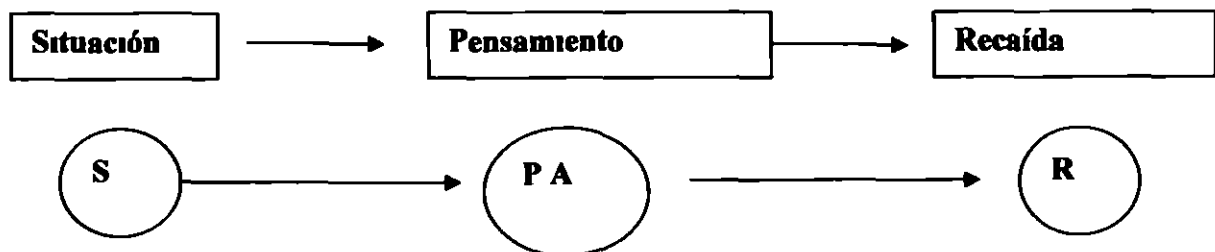
- 1 Es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo
- 2 Uno tiene que ser muy competente y saber resolverlo todo si quiere considerarse necesario y útil
- 3 Hay gente mala y despreciable que debe de recibir su merecido
- 4 Es horrible que las cosas no salgan de la misma forma que a uno le gustaría
- 5 La desgracia humana es debida a causas externas y la gente no tiene ninguna o muy pocas posibilidades de controlar sus disgustos y trastornos
- 6 Si algo es o puede ser peligroso o atemorizante hay que preocuparse mucho al respecto y recrearse constantemente en la posibilidad de que ocurra.
- 7 Es más fácil evitar que hacer frente a algunas dificultades o responsabilidades personales
- 8 Siempre se necesita de alguien más fuerte que uno mismo en quien poder confiar
- 9 Un suceso pasado es un importante determinante de la conducta presente porque si algo nos afectó mucho continuará afectándonos indefinidamente
- 10 Uno debe estar permanentemente preocupado por los problemas de los demás

Ellis explica que no es lo mismo desear que algo sea de una manera que pretender absolutamente que las cosas siempre sean de esa manera. No es lo mismo luchar para alcanzar ciertas metas y logros que pretender que absolutamente siempre se deben cumplir. El autor explica, que las personas tienen metas, objetivos, principios y normas, es positivo tenerlos y luchar por ellos para lograrlos, pero también es necesario aceptar que no siempre será posible cumplirlos, que la realidad a veces no coincide con los deseos, ya sean justos o injustos, razonables o no.

#### 1.4.2 El modelo Terapia Cognitiva "T C"

Por otro lado, Aaron Beck también ha contribuido de manera importante a la terapia cognitivo conductual. Este modelo postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma, la que determina lo que la persona siente, sino más bien la forma en la que ella interpreta la situación, por lo tanto la forma en que la persona se siente está asociada a la forma en que interpreta, y piensa sobre una situación. La situación (S) en sí no determina cómo se siente su respuesta (R) emocional; esta medida por su percepción (P) de la situación.<sup>23</sup>

La psicoterapia cognitiva destaca que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, su mundo y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se siente y actúan.



Las reacciones pueden ser emotivas, conductuales o fisiológicas.

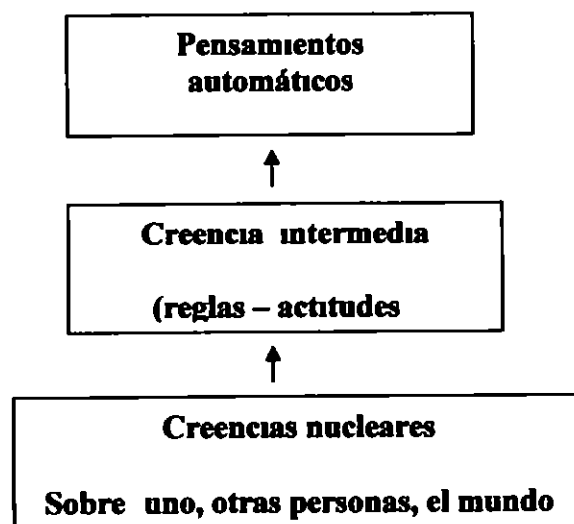
---

<sup>23</sup> Ibid p67

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener otra forma verbal (lo que me estoy diciendo a mí mismo) y/o visual (imágenes).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. A veces los pensamientos automáticos son las mismas creencias y a veces son derivados de las creencias.

Las creencias más centrales o nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aun a sí mismas o no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismo, de las otras personas y de su mundo. Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos niveles están las denominadas creencias intermedias, influenciadas por las nucleares. Las creencias intermedias están constituidas por reglas (normas), actitudes y supuestos.



### 1 4 2 1 La Disfuncionalidad

Beck llama disfuncionales a los pensamientos que

- 1 Distorsionan la realidad
- 2 Son causa de perturbacion emocional
- 3 Interfieren con la capacidad del paciente

En esta definición los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos su validez (ajuste a la realidad – concepcion positivista) y/o su utilidad o consecuencia. Osea que un pensamiento puede ser disfuncional por uno o más de los siguientes criterios no coinciden con los hechos observables aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas y por ultimo generan consecuencias disfuncionales indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona

### 1 4 2.2 Las distorsiones cognitivas

Con frecuencia se observa un desvio negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento en los pacientes que padecen de un trastorno Las distorsiones cognitivas o formas no válidas de razonamiento mas frecuente que hemos encontrado mencionadas en la literatura son las siguientes <sup>24</sup>

- 1 Pensamiento de todo o nada ( 'pensamiento dicotómico o en blanco y negro )
- 2 Adivinación del futuro ( catastrofizacion )
- 3 Descalificar o descartar lo positivo
- 4 Inferencia arbitraria.
- 5 Razonamiento emotivo ( *siento que* )
- 6 Explicaciones tendenciosas
- 7 Rotulación ( etiquetar )
- 8 Magnificación / minimización (Magnificar lo negativo y minimizar lo positivo)

---

<sup>24</sup> Ibid., p69

- 9 Filtro mental ( abstracción selectiva )
- 10 Lectura de la mente
- 11 Generalización (o sobre generalización )
- 12 Personalización
- 13 Expresiones con *debe* o *deberia* (exigencias demandas)
- 14 Visión en tunel

Para conseguir el control de las emociones displacenteras primero debemos identificar los pensamientos automáticos que son los causantes de la interpretación ansiógena de las situaciones. Una vez identificados al presentarse esos pensamientos automáticos debemos preguntarnos si ellos son ciertos. de esta manera empezaremos a reducir la frecuencia de aparición de las emociones displacenteras. Para poder confrontar a los pensamientos o distorsiones cognitivas en primer lugar debemos aprender a identificarlos.

El punto de inicio del abordaje terapéutico de las distorsiones cognitivas implica volver al momento en el que se experimento la emoción ansiógena o el conflicto. Los siguientes cuatro pasos ayudarán a descubrir las distorsiones y a reestructurar los pensamientos.

- 1 Nombrar la emoción
- 2 Describir la situación y el suceso en los que se generó la emoción
- 3 Indicar que penso en esa situación (identificar las distorsiones)
- 4 Eliminar las distorsiones reescribiendo un nuevo pensamiento posible

La diferencia entre la propuesta de Ellis y la de Beck es que la primera involucra al cliente en un debate racional o socrático mientras que la segunda enfatiza la capacidad del cliente para el autodescubrimiento.

La psicoterapia induce cambios en la conducta, en las condiciones auto reguladoras y en las estructuras cognitivas. El individuo aprende a interpretar las cosas de forma distinta, aprende a verse de forma diferente y modifica su comportamiento de tal forma que encuentra más posibilidades a sus problemas. Otro aspecto que los individuos aprenden, es

a utilizar sus pensamientos e imaginaciones para de esta manera regular formas efectivas de afrontamiento<sup>25</sup>

### **1 4.3 Estrategias de intervención en la terapia cognitivo conductual**

El tratamiento va a constar de diferentes sesiones tanto individuales como grupales con temas específicos dirigidos como

#### **1 4.3 1 Reestructuración cognitiva**

Esta técnica se centra en el reconocimiento por parte del paciente de su malestar y que logre evaluar de forma lógica sus conductas buscando luego alternativas adaptativas ante las diversas situaciones. En general se busca que los individuos cambien sus cogniciones erradas o irracionales por formas más sanas de afrontamiento ante las diversas situaciones que le angustian que los angustian. Los trastornos psicológicos se derivan de las creencias irracionales y la salud psicológica, estaría relacionada con las creencias racionales. Estas creencias facilitarían la consecución de las metas personales aunque no siempre y al no producirse disminuirían su impacto sobre el sujeto.

Lo que se busca es fomentar el cambio en las creencias de los individuos para concebirlas como hipótesis probables que se pueden examinar por medio de experimentos conductuales acordados de forma conjunta entre el paciente y el terapeuta.

Para lograr cambios significativos en las cogniciones se inicia explicándoles el modelo más adecuado para el sujeto ya sea el A B C o S P A R que se encuentra detrás de la terapia racional emotiva y cognitiva, en el ABC este modelo sostiene que cuando tenemos una consecuencia emocional muy fuerte o cargada (C) que sigue a un evento de activación significativo (A) es probable que se piense que A causa C pero esto no es cierto. Lo que realmente sucede es que las consecuencias emocionales son creadas en gran medida por el sistema de creencias del individuo (B) de esta forma cuando se da una consecuencia

---

<sup>25</sup> Mateeus, Op cit.,p48



emocional indeseable se puede entrenar a los pacientes a que identifiquen en sus sistemas de creencias el pensamiento irracional que realmente provocó las consecuencias emocionales y conductuales. En este punto se desafían dichas creencias irracionales por medio del debate y se logra entonces minimizar y disminuir en gran medida las consecuencias.

### **1.4.3.2 Técnicas de afrontamiento**

Al hablar sobre las técnicas de afrontamiento nos referimos a la forma como el individuo maneja o enfrenta las condiciones vitales que se presentan y que les pueden producir el estrés y la ansiedad.

El manejo es una característica esencial del estrés y de cualquier reacción emocional que se presente en una persona.<sup>26</sup> Se define como un proceso en los siguientes términos:

*“Definimos manejo como lo esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas”*<sup>27</sup>

En la terapia, el terapeuta guía al individuo a identificar su estilo de afrontamiento en relación con las situaciones que enfrenta y evaluarlos en términos de los resultados que obtienen de ellos. Luego se les ofrece alternativas sanas de afrontamiento tales como las técnicas de resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad.

### **1.4.3.3 Entrenamiento en asertividad**

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos. Es un procedimiento terapéutico que busca incrementar la

---

<sup>26</sup> *Ibíd.*, p49

<sup>27</sup> *Ibíd.*

capacidad del paciente para adoptar ese comportamiento de forma socialmente apropiada. Lo que se busca es que el individuo sea capaz de expresar sus sentimientos, pensamientos y opiniones en el momento oportuno de manera desenvuelta, sin experimentar nerviosismo considerando los derechos de uno y de los demás <sup>28</sup>

Este comportamiento beneficiará al individuo ya que le permitirá comportarse de manera más asertiva generando en él un sentimiento de bienestar aumentando su propia confianza y posicionamiento frente a los demás

#### **1 4.3 4 Relajación**

El entrenamiento en relajación es uno de los más utilizados se realizan ejercicios de relajación como la respiración diafragmática o respiración profunda, relajación muscular profunda y el entrenamiento autógeno en relajación En el cual se entrena al individuo para crear estados de relajación profunda, mediante la técnica de generar autoafirmaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo relacionándolas con diferentes sensaciones de tranquilidad paz y calma.

#### **1 5 La problemática profesional Estudios de Enfermeras en Panamá**

Uno de los principales problemas que se presentan en el ejercicio de la profesión es la indefinición de la carrera profesional Esto hace que sea dificultosa la promoción y la enfermera se sienta, en muchos casos "condenada" a desarrollar siempre la misma actividad reduciéndose sus posibilidades de creatividad y de desarrollo profesional Por otro lado al tratarse de una profesión con actividades independientes e interdependiente de la profesión médica, genera una ambigüedad de rol que se convierte en indefinición de rol al no clarificarse el mismo por la propia organización, lo que puede incidir en una baja realización personal por el trabajo

---

<sup>28</sup> Plaza, Javiera. Manual de autodefensa,1982 Citado por Castenyer Olga. La asertividad expresión de una sana autoestima.1996.p43

Desde el punto de vista de la emoción, debemos considerar que la necesidad de empatía para el mejor acercamiento al usuario puede llevar a la excesiva implicación e identificación con las emociones y los sentimientos del mismo lo que podría desembocar en proyecciones de los problemas del paciente y la familia en el entorno proximal y familiar de la enfermera, que junto a la confrontación constante con el dolor y la muerte la necesidad de alianzas intragrupalas ante la adversidad y el conflicto interpersonal de competencia profesional hacen que la dimensión “agotamiento emocional pueda incrementarse dando cuerpo junto a la baja realización referida, a la aparición del Burnout

Por ultimo si consideramos la despersonalización como una actitud defensiva ante el estrés asistencial crónico consecuente con las variables de baja realización personal y agotamiento emocional habremos enmarcado el Síndrome de Burnout en los profesionales de enfermería e identificado las variables personales y de riesgo que debemos controlar además de las ya descritas a lo largo del tema, para cualquier profesión de servicios

En Panamá el tema de la calidad de la atención en enfermería y las posibles causas y consecuencias ha sido motivo de estudio en las enfermeras donde encontramos diversos estudios realizados en los hospitales de Panamá que cuentan cuales son las causas más comunes de la desmotivación en enfermería.

En un estudio realizado en Panamá en 1989 las licenciadas Ruíz y Manzane<sup>29</sup> hablan de la deshumanización en el servicio de enfermería citando La enfermería humanista no es solo una cuestión de hacer sino de ser Josephine Patterson y Loretta Zderad<sup>30</sup> donde estas autoras aluden al replanteamiento de una cuestión de valores como parte del entendimiento de la dirección y los fines de la vida. Esto hace un llamado al personal de enfermería para que su trabajo responda a satisfacer las expectativas y las necesidades de los pacientes

---

<sup>29</sup> Ruiz, Zuleyka. Manzane Elia. (1998) Relación Humana enfermera-Paciente en el Hospital Regional de Santiago Provincia de Veraguas mayo – septiembre de 1988.

<sup>30</sup> Ibid.. p3

puesto que segun estas autoras la crisis del servicio ocurre en el plano de la etica personal donde esa interacción de consciencia y valor deteriorado crea una crisis del servicio en cualquier institución y deviene en el replanteamiento del deber el cual es acomodado a una nueva visión del valor de cómo deben ser las cosas para ajustarlas al orden conveniente y deseado Este trabajo concluye que la atención en enfermería ha perdido sus raíces y vocación de servicio dando como resultado una deficiente atención del personal de enfermería.

Otro estudio realizado por la Licenciada en Enfermería Edixia Hinds<sup>31</sup> en 1995 señala que la calidad en la atención de enfermería es afectada por el ausentismo y que las causas más frecuentes de éste en las enfermeras son problemas familiares entre los que destaca el cuidado de los hijos segun este estudio las enfermeras entre 31 y 35 años de edad, son las que presentan mayor numero de ausencias posiblemente relacionado con la tenencia de los hijos plantea también que las ausencias se dan mayormente los fines de semana y días feriados tiempo que por lo general es dedicado a la familia, como punto importante se plantea el descontento por los horarios rotativos la falta de insumos e incentivos como motivo de la insatisfacción laboral

Por otro lado el estudio realizado por Jaen y Thorne<sup>32</sup> en 1997 sobre los factores que inciden en la calidad de atención en enfermería concluye que la falta de personal e insumos son los factores que dificultan mayormente la atención de calidad en enfermería, resalta el estudio que además de salud, los pacientes también presentan necesidades afectivas como

---

<sup>31</sup> Hinds, Edixia. (1995) Algunos Factores que inciden en el ausentismo de las enfermeras que laboran en la sala de urgencia de adultos, complejo Hospitalario Metropolitano de la caja del seguro social Dr Arnulfo Arias Madrid

<sup>32</sup> Jaen Lidia Thorner Aura (1997) Algunos factores que inciden en la calidad de la atención de enfermería que se le brinda a los pacientes de sala 9 cirugía general de Varones del Hospital Santo Thomas Tesis de Licenciatura 1997

seguridad autoestima y respeto por lo que la falta de personal hace casi imposible poder satisfacer estas exigencias de los pacientes haciendo que estos reaccionen de forma hostil

hacia el personal Segun este estudio el cálculo del personal basado en las necesidades de los pacientes teniendo 32 pacientes hospitalizados en cama, seria de 10 enfermeras y 15 auxiliares de enfermería, lo cual mejoraria la calidad en la atencion y disminuiría la ansiedad y frustración del personal de enfermería.

Para Jean Barrett<sup>33</sup> el buen funcionamiento incluye en lo que se refiere a la atención de los pacientes al nivel de la unidad, los siguientes elementos

- 1 Conocimiento de las actividades
- 2 Programa para el día
- 3 Inicio puntual de la jornada
- 4 Evitar las interrupciones
- 5 Práctica y procedimientos bien organizados
- 6 Tareas bien definidas
- 7 Equipo adecuado de fácil acceso
- 8 Ambiente conveniente
- 9 Buena disposición del tiempo para el personal
- 10 Órdenes de enfermería y planes de atención explicitas
- 11 Órdenes médicas precisas
- 12 Informes completos
- 13 Registros exactos
- 14 Asignación del personal bien planeadas
- 15 Buena instruccion supervisión y valoración

---

<sup>33</sup> Barrett, Jean (1965) La enfermera jefe. Citado por Jaen y Thorne Algunos factores que inciden en la calidad de la atención de enfermería que se brinda a los pacientes de sala 9 cirugía general de varones del Hospital santo tomas 1997 p38.

Espino y Solis<sup>34</sup> en 1997 realizan un estudio dirigido a describir los factores que influyen o evitan que las enfermeras realicen su autocuidado y cuáles son las consecuencias de estos descuidos en la salud, el estudio revela que el personal de enfermería sufre más frecuentemente de dolor de espalda, dolor en las piernas, gastritis, fatiga, cefaleas, vértices, estreñimiento, insomnio, hipertensión, asma. Sin embargo a pesar de presentar manifestaciones físicas el personal no realiza un autocuidado como ir al médico, tomarse la presión, hacer examen de rutina o practicar técnicas de relajación. Entre las causas que señalan se encuentran falta de tiempo, turnos, responsabilidades en el hogar, falta de personal.

En 1998 en un estudio realizado con el personal de enfermería del salón de operaciones de la CSS Hernández Gladis<sup>35</sup> describe los factores que intervienen en la insatisfacción laboral de las enfermeras. Esta investigación reveló que la remuneración económica, la falta de incentivos y de reconocimientos por parte de la Institución y de los superiores, además de la organización administrativa de las vacaciones, los turnos y los sistemas de evaluación son los factores que tienen mayor influencia sobre la insatisfacción laboral en enfermería. En este mismo año otra investigación realizada por García y Solanilla<sup>36</sup> divide los estresores en tres categorías: familiares, ambientales y laborales, siendo los estresores familiares con un 55% los que más inciden en el estrés del personal; entre estos se destacan conflictos familiares como problemas económicos, enfermedades y tiempo entre los

---

<sup>34</sup> Espino Aracellys, Solis Fidedigna. (1997) Factores que influyen en la forma como las enfermeras de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomás realizan su autocuidado en relación a su salud.

<sup>35</sup> Hernández, Gladis. (1998) Factores que intervienen en la insatisfacción del desempeño laboral de las enfermeras (os) del Salón de operaciones del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.

<sup>36</sup> García, Gladis, Solanilla Sixta. (1998) Estresores personales, ambientales y laborales que inciden en la aparición de estrés en las enfermeras y enfermeros durante el desempeño de su labor profesional en el Hospital Santo Tomás.

ambientales se encuentran las medidas de bioseguridad y entre los laborales destacan exceso de trabajo falta de material y personal

Los estudios antes mencionados nos muestran todos los factores que afectan, la calidad en la atención de enfermería, evaluando todos los componentes mencionados en cada estudio se encuentra una relación directa con las características del Síndrome de Burnout, agotamiento emocional despersonalización y falta de realización personal

## **CAPITULO 2**

### **METODOLOGIA**



## **2.1 Planteamiento del problema**

El síndrome de Burnout es un problema de salud que afecta a nuestro personal sanitario y que diariamente se acentúa más es un trastorno que afecta tanto física como emocionalmente a la persona creando un estado de ansiedad y afectando el desempeño laboral. Son muchos los intentos de la institución por la creación de programas y la capacitación del personal, lamentablemente estos intentos no se concretan creando mayor desilusión en el personal.

La falta de información y de mayor número de estudios en Panamá referentes al tema crean una percepción de que esto no sucede en nuestras instituciones, que es un problema de otros países, lo cual no es del todo cierto. Esta idea despertó mi interés por conocer si en Panamá específicamente en la Región Metropolitana de Salud se presenta el síndrome de Burnout, y de ser así, cómo poder disminuir estos síntomas y ayudar al personal sanitario.

Si tomamos en consideración que en nuestro sistema de salud la queja más común que encontramos entre los usuarios es el mal servicio que brinda el personal de salud, la falta de personal e insumos, es lógico suponer que muchos de estos profesionales padezcan o presenten síntomas del síndrome de burnout.

En Panamá se han realizado varios estudios de la presencia del síndrome de Burnout y/o de la ansiedad, lamentablemente en su gran mayoría estos estudios son de tipo descriptivos y son dirigidos al personal docente.

Por otro lado, en mi experiencia laborando como Psicóloga en la sección de Bienestar del Empleado en esta institución, tuve la oportunidad de atender a muchas personas que manifestaban no sentirse satisfechos, sentirse poco valorados y algunos que presentaban problemas de ausentismo, abuso de sustancias, conflictos con los jefes y compañeros de trabajo, lo cual me llevó a sospechar que posiblemente muchos de ellos padecieran del síndrome de burnout sin estar conscientes de esto.

Por todo lo anterior señalado considere importante realizar un estudio que mostrara la existencia de este problema en nuestro país y específicamente en el personal de enfermería. En el presente trabajo se desarrollaron técnicas de intervención que ayudan a prevenir y/o disminuir la aparición de los síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout por lo que el problema de investigación se plantea de la siguiente manera

¿El personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud, que presenten síntomas de ansiedad y del síndrome de Burnout que participe del programa de modificación cognitiva conductual reportará una disminución de la ansiedad y del síndrome de Burnout al finalizar el tratamiento?

## **2.2 OBJETIVOS**

### **2 2 1 Objetivo general**

Evaluar el efecto de la terapia Cognitivo Conductual en la disminución, de la ansiedad en el personal de enfermería que manifiestan síntomas del síndrome de burnout

### **2 2 2 Objetivos específicos**

- Reducir los niveles de ansiedad
- Reducir los niveles del síndrome de burnout en el personal de enfermería.
- Transformar los patrones de pensamientos negativos y distorsionados en patrones positivos que ayuden a la adaptación
- Disminuir los comportamientos negativos como irritabilidad, cansancio físico y emocional
- Fomentar conductas positivas como la comunicación y asertividad que faciliten el afrontamiento

## 2.3 Hipótesis

### 2.3.1 Hipótesis de investigación.

- H<sub>1</sub> La terapia cognitivo conductual producirá disminución en los indicadores de ansiedad estado en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud
- H<sub>2</sub> La terapia cognitivo conductual producirá disminución del indicador agotamiento emocional del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud”
- H<sub>3</sub> La terapia cognitivo conductual producirá disminución del indicador despersonalización del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud
- H<sub>4</sub> La terapia cognitivo conductual producirá disminución del indicador falta de realización personal del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud”

### 2.3.2 Hipótesis estadísticas

#### Hipótesis 1

$$H_0 \quad \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1 \quad \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

#### Hipótesis 2

$$H_0 \quad \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1 \quad \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

#### Hipótesis 3

$$H_0 \quad \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1 \quad \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

#### Hipótesis 4

$$H_0 \quad \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1 \quad \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

## **2 4 Diseño de la investigación**

El diseño de la investigación es Pre-experimental intrasujeto o de medidas repetidas donde solo existe el grupo experimental y no hay grupo control y se utilizan los mismos sujetos que pasan por las dos condiciones experimentales pre –test y post test. Las ventajas de este tipo de estudio es que se garantiza el control de las variables que se deben a las diferencias entre sujetos, se economiza esfuerzos de cara a que no necesitaremos tantos sujetos. Es importante señalar también las desventajas tales como los efectos residuales, el efecto de fatiga y efecto de la práctica, las consecuencias del orden de presentación, que puede alterar la solución en función de cómo se presenta y por último la acción de variables enmascaradas que amenazan la validez interna del experimento. También debe tomarse en consideración que este tipo de estudio no tiene punto de comparación (grupo control) por lo tanto la interpretación del patrón en la variable independiente debe ser muy cuidadosa y no se debe generalizar.

## **2 5 Definición de las variables**

### **2 5 1 Definición conceptual de la variable independiente**

Terapia Cognitivo Conductual es un enfoque conceptual y metodológico que integra el conjunto de variables cognitivas, emotivas y conductuales para modificar los patrones de pensamiento, sentimiento y acción. Confiere importancia tanto a las conductas como a las cogniciones en el origen de los trastornos así como en el proceso terapéutico. Desde las teorías Racional emotiva de Albert Ellis (T.R.E.C.) y el modelo de terapia cognitiva de Aaron Beck (T.C.).

### **2 5 2 Definición operacional de la Variable Independiente**

Terapia Cognitivo Conductual. Consiste en la aplicación de técnicas utilizadas tanto en la terapia racional emotiva (Ellis) como en la terapia cognitiva (Beck) para la resolución de problemas como son:

- **Reestructuración Cognitiva** se explicó el A B-C de A Ellis y/o S P R de A Beck constó de 3 sesiones con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tenían por objetivo el entrenamiento en la reestructuración cognitiva, la cual incluía estrategias para identificar las ideas irracionales que suelen obstaculizar la búsqueda de soluciones y entrenamiento en la toma de decisiones en situaciones de conflicto
- **Técnicas de Afrontamiento** constó de 2 sesiones, con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tenían por objetivo que los participantes identificarán su estilo de afrontamiento evaluar estas formas en términos de los resultados sean positivos o negativos y entrenar en formas más sanas de afrontamiento
- **Entrenamiento en Asertividad** este modulo constó de 3 sesiones, con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tenían por objetivo que los participantes identificaran las conductas erróneas y pudieran formular correctamente el problema mediante la autoobservación
- **Relajación** este módulo constó de 2 sesiones con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tenían por objetivo el entrenamiento de técnicas de Jacobson en ejercicios de respiración de diafragmática, respiración profunda y relajación muscular que ayudaron al participante a crear estados de relajación profunda en su lugar de trabajo

(ver anexo 1)

### **2.5.3 Definición conceptual de la Variable Dependiente**

- **Ansiedad** estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de peligro o amenaza identificable o cuando esta alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad o peligro
- **Síndrome de Burnout** el estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor en un puesto en el que antes ha funcionado adecuadamente a nivel de rendimiento como de satisfacción personal y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo

#### **2.5.4 Definición operacional de la variable dependiente**

- **Ansiedad** puntuaciones iguales o mayores que 55 en el Inventario de ansiedad rasgo- estado y puntuaciones iguales o mayores a 60 en la escala de ansiedad de SAS
- **Síndrome de Burnout** puntuaciones brutas iguales o mayores que 54 en el indicador cansancio emocional puntuaciones iguales o menores de 30 en el indicador despersonalización y puntuaciones iguales o mayores que 48 en el indicador falta de realización personal del inventario de burnout de Maslach y Jackson

#### **2.6 Población y muestra**

##### **2.6.1 Población.**

Constaba de 17 Hombres y Mujeres con más de 15 años de servicio entre 35 y 60 años de edad, enfermeras que laboran en la Región Metropolitana de Salud en el área 1 conformada por lo Centros de Chorrillo, Curundu, Emiliano Ponce, Santa Ana, San Felipe y Veracruz.

##### **2.6.3 Muestra.**

Se obtuvo una muestra no aleatoria y quedo conformada ocho (8) enfermeras que presentaron síntomas de Ansiedad y del Síndrome de Burnout y desearon participar en el programa. Para guardar la confidencialidad a cada participante se le asignó un código solo conocido por el investigador con el cual será identificado durante el proceso de la investigación. Los resultados de esta investigación no pueden ser generalizados a la población.

## **2.6.4 Criterios de inclusión**

### **Características de inclusión**

- Presencia del Síndrome de Burnout
- Ser enfermera y trabajar en la Región Metropolitana de Salud
- Presentar síntomas de ansiedad
- Tener más de 15 años de ejercer la Profesión
- Tener entre 35 y 60 años de edad

### **Características de exclusión**

- No presentar ningún otro diagnóstico
- Ausentarse en 3 sesiones

## **2.7 Instrumentos y técnicas de medición**

- Entrevista psicológica individual
- Auto registro del sujeto
- Escala de ansiedad de William Zung (SAS)
- El Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE) publicada por Manual Moderno
- Inventario de Burnout de Maslach y Jackson editorial Paidós

### **2.7.1 Entrevista psicológica individual**

Luego de la aplicación de los instrumentos aquellos sujetos que presentaron síntomas de Ansiedad y del Síndrome de Burnout y que deseaban participar del programa, se les hizo una ficha individual la cual contenía sus datos generales situación laboral y familiar para tener información previa en la entrevista. (anexo 2)

La entrevista fue semiestructurada, puesto que había preguntas abiertas y se confeccionó un cuestionario con 12 preguntas la entrevista fue realizada en dos sesiones. El objetivo de ella era obtener la historia clínica e información relevante para el estudio (anexo 3)

## 2 7.2 Auto-registro del sujeto

Un auto-registro es la auto observación que hace el sujeto en una hoja de papel en la que se apuntan, a medida que van ocurriendo las conductas problemáticas los factores que intervienen en ellas las circunstancias que la rodean, etc Se utiliza tanto para realizar una observación inicial a lo largo de tres o cuatro semanas para ir viendo los progresos que se realizan una vez iniciado el tratamiento del problema. Igualmente puede servir para analizar posibles fracasos y ver que se puede hacer la siguiente vez<sup>37</sup>

No existe un modelo unico de auto-registro lo importante es tomar en consideración que es un método para observar y registrar tanto la conducta manifiesta (publica) como la encubierta (pensamientos y sentimientos) Se pueden registrar varios factores dependiendo de lo que se busca, sin embargo hay algunos determinantes que siempre se deben registrar como los son

- 1 La frecuencia de aparición de la conducta problema. Cuántas veces ocurre días semanas, mes Normalmente esto se observa con la fecha y la hora del registro
- 2 La intensidad o gravedad, que para cada uno tenga la conducta. Para establecer la intensidad se establece un sistema de numero (1 5) que vaya de menor a mayor gravedad
- 3 La conducta concreta que se ha realizado entendiendo como conducta tanto la interna como la externa, es decir lo que se ha hecho lo que se ha pensado sentido física o anímicamente

Una de las ventajas de los auto-registros frente a otras formas de observación de la conducta problema consiste en que la persona no tiene que recordar situaciones pasadas para llegar a conclusiones sobre su problema, con la consiguiente distorsión que esto

---

<sup>37</sup> Castanyer Olga.(1996) La asertividad expresión de una sana autoestima España p74



conlleva sino que va anotando los episodios en el momento que estos ocurren, con lo cual el grado de fiabilidad de la información es mucho mayor<sup>38</sup> ( ver anexo 6)

### **2 7.3 Escala de ansiedad de William Zung (SAS)**

La escala de auto evaluación conocida como “Self Rated Anxiety Scale” SAS fue creada por Zung en 1971. Comprende una lista de 20 afirmaciones cada una relacionada con alguna característica específica de la ansiedad como síntoma o señal. Las 20 afirmaciones delinear, en forma global síntomas ampliamente reconocidos de la ansiedad como enfermedad.

Segun Zung la ansiedad, como término puede usarse para describir un tono de sensación subjetiva de corta duración, como el sentir un poco de ansiedad un rasgo y una cualidad personal como el ser una persona ansiosa, un lugar y un momento tenso y un trastorno que tiene grupos característicos de síntomas y signos.

El Propósito del SAS es evaluar la ansiedad como trastorno emocional. Sirve para medir cuantitativamente la intensidad de la ansiedad, sin importar la causa del estado. Los resultados de varios estudios han demostrado que por lo general existe ansiedad presente en casi todos los trastornos psiquiátricos. Por lo tanto un diagnostico primario de otra naturaleza no elimina la posibilidad de que el sujeto también tenga un trastorno de ansiedad y posiblemente necesite tratamiento para la ansiedad, además del tratamiento para sus otras dolencias.

#### **2 7.3 1 Criterios clínicos más comunes de la ansiedad**

Para diseñar el instrumento de medición, Zung seleccionó los criterios diagnósticos más comunes a los desordenes de ansiedad. Dichos criterios fueron seleccionados al comparar los síntomas encontrados en la ansiedad, segun varios autores tales como L C Kolb M E

---

<sup>38</sup> Ibid., p75.

Portnoy H Lief y Wheeler y sus colaboradores Veamos los síntomas principales identificados por estos autores

- 1 Síntomas afectivos aprehensión, preocupación, temor a la muerte y desesperanza.
- 2 Síntomas somáticos temblor dolor de cabeza, tensión, debilidad e intranquilidad
- 3 Síntomas cardiovasculares palpitaciones ritmo cardiaco rápido dolor de pecho y pulso rápido
- 4 Síntomas respiratorios hiperventilación, vértigo presión del tórax parestesias desmayos sensación de presión, falta de aire debilidad, respiración rápida e irregular parestesia.
- 5 Síntomas gastrointestinales náuseas, vómitos diarreas y anorexia
- 6 Síntomas genitourinarios aumento en el deseo de orinar y urgencia.
- 7 Síntomas de la piel cara sonrojada, sensación de calor palidez, extremidades frías y húmedas
- 8 Síntomas del sistema nervioso central dificultad para dormir pesadillas falta de concentración, disminución de la memoria e irritabilidad

Zung al igual que Kolb Portnoy Lief y Wheeler y colaboradores también identificó categorías de síntomas de ansiedad y los clasificó de la siguiente forma

- Síntomas afectivos ansiedad o nerviosismo pánico temor desintegración mental y aprehensión
- Síntomas somáticos temblores dolores corporales debilidad, fatiga, inquietud, palpitaciones vértigo desmayos disneas parestesias náuseas y vómitos frecuencias urinarias transpiración, sonrojamiento insomnio y pesadillas

Cada uno de estos síntomas ya sea afectivo o somático se relacionan con los ítems del SAS En este instrumento las afirmaciones están expresadas en el lenguaje común con el que el sujeto describe la ansiedad Es importante aclarar que aunque la descripción sea hecha con las propias palabras del sujeto el significado transmitido identifica un síntoma de ansiedad aceptado por diversos autores

El índice del SAS y la impresión clínica global equivalente adopta los siguientes valores con sus respectivas evaluaciones: de 20 a 59 dentro del rango normal; 60 a 74 presencia de ansiedad de marcada a severa y de 75 a 80 presencia de la más extrema ansiedad.

Puntuación	Interpretación
De 20 a 59	Rango normal
De 60 a 74	Ansiedad de marcada a severa
De 75 a 80	Ansiedad extrema

#### 2.7.4 El Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE)

El inventario de ansiedad: Rasgo - Estado (IDARE), del editorial Manual Moderno es la versión en español del STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY de Charles D. Spielberger, Richard L. Gorsuch & Robert E. Lushene desarrollada 1970, esta edición está constituido por dos escalas de autoevaluación separadas que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: 1) la llamada Ansiedad – Rasgo, 2) la denominada Ansiedad – Estado.

Aún cuando originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos normales, es decir, sin síntomas psiquiátricos, se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiantes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuro-psiquiátricos médicos y quirúrgicos.

La escala Ansiedad – Rasgo del inventario consta de 20 afirmaciones en la que se pide a los individuos describir como se sienten generalmente. La escala Ansiedad - Estado también consiste en 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Es importante señalar que en esta investigación solo se

analizarán los resultados de la escala ansiedad estado ya que no es objetivo de nuestra investigación la disminución de la ansiedad rasgo

#### **2 7 4 1 Los Conceptos de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo**

La Ansiedad – Estado (A Estado) es considerada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad Rasgo (A Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad es decir a la diferencia entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A Estado. Como concepto psicológico la Ansiedad – Rasgo tiene las características del tipo de locución que Atkinson (1964) llama “motivos” y que Campbell (1963) conceptúa como “disposiciones conductuales adquiridas”.

Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas de acuerdo con Campbell involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al individuo tanto a ver al mundo de forma especial como a manifestar tendencias de respuestas “Objeto Consistente”.

Los conceptos de Ansiedad – Estado y Ansiedad – Rasgo pueden concebirse como análogos en cierto sentido a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La Ansiedad Estado como la energía cinética se refiere a un proceso empírico de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La Ansiedad – Rasgo por otro lado como potencial en la física indica las diferencias de grado de una disposición latente a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la

**Ansiedad Rasgo** implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad Estado

#### **2 7 4.2 Aplicación del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado**

El IDARE fue diseñado para ser auto aplicable así como de aplicación individual o grupal. Las instrucciones completas están impresas en el protocolo de ambas escalas tanto en la A Rasgo como en la A Estado. El inventario no tiene límite de tiempo pero por lo general ambas escalas se completan en 6 a 8 minutos y menos de 15 para ambas. Las personas con menor nivel educativo trastornos emocionales o ambos pueden necesitar de 10 a 12 minutos para cada escala y 20 minutos para ambas.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que en las instrucciones que se le dan en relación con el estado él debe reportar como se siente en ese momento específico y que las instrucciones que se le dan con respecto al rasgo se le pide que indique como se siente generalmente. La atención del examinado debe ser dirigida al hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario y se le deberá decir que ambas instrucciones tienen que leerse con todo cuidado tanto en un lado como en el otro.

#### **2 7 4.3 Calificación del Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE)**

La dispersión de posibles puntuaciones para el IDARE varía desde una puntuación mínima de 20 hasta una puntuación máxima de 80 tanto en la escala de A Rasgo como en la de A Estado. Los sujetos responden a cada uno de los reactivos del IDARE valorándose ellos mismos en una escala de cuatro puntos.

Las cuatro categorías para la escala A Estado son

- 1 No en lo absoluto
- 2 Un poco
- 3 Bastante
- 4 Mucho

Las cuatro categorías para la escala A Rasgo son

- 1 Casi nunca
- 2 Algunas veces
- 3 Frecuentemente
- 4 Casi siempre

Algunos de los reactivos se formulan de tal manera que una valoración (4) indica un alto nivel de ansiedad, mientras que otros reactivos se formulan de tal manera que una valoración alta indica muy poca ansiedad. El valor numérico de la calificación para los reactivos en los cuales las valoraciones altas indican gran ansiedad son los mismos representado por el número que se haya sombreado. Para aquellos reactivos en los que una valoración alta indica poca ansiedad, el valor numérico de la calificación es inverso. Así pues el valor numérico de la calificación para las respuestas marcadas 1 2 3 4 en el caso de los reactivos inversos viene a ser de 4 3 2 1 respectivamente.

Para reducir la posible influencia de una respuesta indiscriminada, el autor balancea las escalas A Estado y A Rasgo con un número igual de reactivos para los cuales las valoraciones altas indiquen ansiedad alta y baja. La escala A Estado está balanceada para evitar las respuestas indiscriminadas mediante 10 reactivos con calificación directa y 10 con la calificación invertida. Sin embargo no fue posible desarrollar una escala A Rasgo equilibrada a partir de los reactivos originales. La escala A Rasgo tiene 7 reactivos invertidos y 13 de calificación directa.

Los reactivos invertidos de las escalas son

A-estado 1 2 5 8 10 11 15 16 19 y 20

A Rasgo 1 6 7 10 13 16 y 19

Para la calificación del IDARE se utiliza una plantilla para cada escala, donde aparecen impresos los valores numéricos de las respuestas. Estos son sumados y los valores totales

son ubicados en la tabla de puntuaciones normalizadas según el grupo al que fue aplicado, las puntuaciones finales obtenidas representan:

Puntuación	Interpretación
De 20 a 31	Muy baja
De 32 a 44	Baja
De 45-55	media
De 56 a 67	Alta
De 68 a 80	Muy alta

### 2.7.5 Inventario de Burnout de Maslach y Jackson

Este inventario fue desarrollado por Cristina Maslach y Susana Jackson en 1981. Posteriormente fue adaptado al español en 1997 por Cubero N. Seisdedos en la editorial Paidós. Su aplicación puede ser individual o colectiva, para en un tiempo variante de 10 a 15 minutos.

La finalidad de este inventario es medir las tres variables del síndrome, las cuales son:

- Cansancio emocional: sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo. Y los ítems que miden esta categoría en la prueba son 1,2,3,6,8,13,14,16,20
- Despersonalización: los elementos de esta escala describen una respuesta impersonal y fría hacia los receptores del servicio o cuidados del profesional. En otras palabras las personas a quienes se atiende, son vistas como objetos y no como seres humanos que requieren una ayuda especial. Y los ítems que miden esta categoría en la prueba son 5,10,11,15,22



- Realización personal: esta escala contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. En contraste con las otras dos escalas, las puntuaciones bajas son indicativos del síndrome; pero es independiente de ellas y sus elementos no tienen peso negativo en ellas. Y los ítems que miden esta categoría en la prueba son 4,7,9,12,17,18 ,19,21

La prueba consta de 22 ítems, al contestar el, sujeto deberá escoger la opción que mejor se ajuste a su condición de acuerdo a la escala de Likert empleada.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Una vez al mes o menos	Algunas veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Diariamente
0	1	2	3	4	5	6

Los elementos que comprenden cada escala y sus puntuaciones directas máximas se describen a continuación:

Característica	Puntuación máxima	baja	media	alta
Cansancio Emocional (C-E)	99	1- 40	41-70	75-99
Despersonalización (D-P)	99	1- 45	50-65	70-99
Realización Personal (R-P)	1	70-99	65-45	1- 40

Para obtener los resultados, las puntuaciones directas son obtenidas sumando los puntajes obtenidos en los ítems de cada característica del síndrome de burnout, por separado, luego estos puntajes brutos son transformados en puntuaciones normalizadas en la tabla de baremos (anexo 5) que va a determinar el nivel o grado de afectación del Síndrome de Burnout de acuerdo a cada escala o característica.



Los componentes de cansancio emocional y despersonalización, su puntuación guarda relación directa con la intensidad con la que se manifiesta el burnout, por el contrario el componente realización personal su puntuación es inversamente proporcional al grado en el que se manifiesta el burnout, es decir a menor puntuación en realización personal mayor afectación de burnout.

## **2.8 Métodos de intervención**

Para la realización de este estudio lo primero fue solicitar el permiso de las autoridades de la Región Metropolitana, y posteriormente se coordinó una reunión con la Jefa de Enfermería en la que se le explicó el motivo del estudio sus objetivos y cuál sería el beneficio para su personal. Posteriormente se coordinó con la oficina de Recursos Humanos para la obtención del listado del personal su ubicación y los años de servicio para poder obtener la población y seleccionar la muestra.

Luego de seleccionada la población la cual estuvo conformada por 17 enfermeras se realizó el pre test y se obtuvo una muestra de 9 enfermeras que presentaron los síntomas y consintieron participar del programa. Se realizaron las entrevistas en dos sesiones donde se obtuvo información relativa al ambiente familiar y laboral.

Pasado el proceso de entrevista se pasó a la segunda fase que era la aplicación del tratamiento el cual constaba de 10 sesiones cada una con una duración de 50 minutos. El tratamiento fue aplicado en los centros de salud a los cuales pertenecía cada enfermera, y durante un horario establecido donde no se viera afectado el servicio o causara inconveniente al sujeto se trató de minimizar cualquier situación que afectara el óptimo desarrollo del tratamiento. Pasada una semana de la culminación del tratamiento se realizó el post test.

Es importante señalar que en ocasiones se pospusieron las citas debido a las actividades extramuros realizadas por las enfermeras pero todas fueron reprogramadas.

## **2.9 Procedimiento estadístico**

El presente estudio ha tenido como objetivo comparar al mismo grupo antes del tratamiento y después del tratamiento. Al ser ambos grupos dependientes y de tamaño pequeño se utilizó la “t” de Student para muestras dependientes.

## **2.10 Limitaciones**

Por lo general, en toda investigación existen limitaciones que pueden deberse a situaciones ajenas al control del investigador. En este estudio, las limitaciones que podemos mencionar incluyen la falta de cooperación o negativa de algunos sujetos a participar del programa, las actividades extramuros realizadas por la institución y la falta de espacio físico en algunas ocasiones. Los resultados no pueden generalizarse a toda la población por el tipo de muestreo aleatorio.

**CAPITULO 3**  
**INFORMES PSICOLOGICOS**

## Informe Psicológico

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 1 C L
Edad	47 años
Escolaridad	Universitaria Licenciatura.
Ocupación	Enfermera desde hace 25 años
Terapeuta	Yandra Ávila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout

### Antecedentes Históricos

Es la mayor de 3 hermanos nació en la provincia de Chiriqui en David, realizó sus estudios primarios y secundarios en dicha provincia, viaja a la capital para estudiar enfermería, al culminar sus estudios consigue nombramiento en la Comarca Kuna Yala, donde conoce a su esposo el cual es médico a los 24 años de edad se casa. A los cuatro años de laborar en Kuna Yala y al estar embarazada solicita su traslado para el Hospital del Niño ubicado en la Ciudad de Panamá, de su matrimonio tiene dos hijos una mujer de 18 años de edad y un varón de 15 años ambos buenos estudiantes e hijos Describe su matrimonio como bueno ambos tienen una estabilidad económica y profesional se consideran una pareja joven por lo que frecuentemente salen a bailar o a comer con amigos manifiesta que en un tiempo tuvieron problemas ya que trabajan juntos puesto que su esposo también, se trasladó al Hospital del Niño lo cual generaba muchos comentarios, y por ello decidió trasladarse a la Región Metropolitana de Salud

En lo concerniente al trabajo señala sentirse impotente puesto que es difícil trabajar en una institución que no valora el recurso humano y donde los puestos de trabajo son políticos, refiriéndose a las destituciones por el cambio de gobierno ya que aunque nosotras supuestamente puestas por concurso siempre hay favoritismo político y “cada jefe nuevo quiere trabajar de forma diferente a veces para bien a veces para mal considera que la falta de personal e insumos son los nudos críticos de su trabajo ya que cuando alguna de sus compañeras se enferma o falta, ella debe cubrir su puesto descuidando su programa. En lo concerniente al área donde labora manifiesta sentirse atemorizada ya que se dan constantes balaceras robos y hasta la fecha, la institución no ha hecho nada por el personal. Manifiesta que su relación con las compañeras en general es buena, solo con una tiene problemas puesto que considera es muy fresca y falta mucho pero prefiere ignorarla, con los pacientes confiesa que ha habido momentos en los que éstos la han sacado de quicio por su manera agresiva de comportarse. Agrega que desde hace dos meses sufre de más dolores de cabeza, tiene dolores de espalda y problemas para dormir no ha ido al médico ella toma lo que su esposo le manda y considera le alivia el dolor.

### **Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador**

Mujer de 47 años de edad, mide aproximadamente 1.65 metro de estatura, contextura delgada, tez blanca, cabello castaño oscuro encrespado, ojos chocolates claros, se mostró siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.

### **Resultado de las pruebas**

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	Interpretación
IDARE A ESTADO		72	50	paso de alta a media
BURNOUT	CE	90	80	Disminuyo pero se mantiene alto
	DP	40	35	Se mantiene bajo
	RP	25	35	Disminuyo pero se mantiene alto
SAS		65	55	Paso de severa a normal

### **Análisis de resultados**

Podemos observar que las mediciones de ansiedad tanto en el IDARE como en el Zung las puntuaciones disminuyeron, dando como resultado una leve mejoría del estado de ansiedad. En la medición de las características del Síndrome de Burnout, por otro lado en lo referente a cansancio emocional las puntuaciones a pesar de haber disminuido este estado de agotamiento todavía se mantiene en puntuaciones altas al igual que la falta de realización personal la cual todavía probablemente debido a la falta de incentivos la destitución y rotación del personal se mantiene sus niveles elevados. Por otro lado la despersonalización se mantuvo baja no presentando problemas o actitudes negativas en el trabajo.

### **Diagnóstico Clínico**

- Eje I            Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico (síndrome de Burnout)
- Eje II           Sin diagnóstico
- Eje III          Insomnio cefaleas dolores de espalda
- Eje IV          Problemas Laborales Insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles
- Eje V           EEAG 75 (actual)

### **Pronóstico Terapéutico**

Favorable

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 2 M C
Edad	49 años
Escolaridad	Universitaria Licenciatura.
Ocupación	Enfermera desde hace 25 años
Terapeuta	Yandra Ávila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout

### Antecedentes Históricos

MC es la segunda de tres hermanos proviene de una familia evangelica de clase media nacida en la capital recuerda su infancia y juventud como normales y tranquilas asistía a muchos retiros manifiesta que durante un tiempo se alejó de la iglesia ya que la universidad no le daba tiempo y luego cuando inicio en el trabajo fue en área de difícil acceso por lo que le era casi imposible ir a su iglesia. A los 29 años queda embarazada de una relación con un hombre casado y solicita su traslado a la capital cuenta que su familia tuvo una crisis cuando se enteró de su embarazo y fue muy doloroso al principio pero luego la aceptaron y apoyaron, su hija es la única nieta mujer que tienen sus padres por lo que esa niña son sus ojos” refiriéndose así a su hija de 19 años MC actualmente está soltera, manifiesta no haber tenido relaciones serias solo amistades ya que no tenía tiempo entre el trabajo y su hija.

En lo concerniente al trabajo cuenta que no se siente tranquila trabajando en ese centro de salud, ya que en una ocasión fue víctima de robo un día que tenía el carro dañado y se fue

en bus al bajarse y dirigirse a su Centro un menor le arrebató la cartera y la tumbó al suelo quedando todo sucia y raspada, señala que cree saber quien fue el que le robó pero que todos en el Centro le dijeron que mejor no lo denunciara, ya que se podía buscar problemas más graves y así lo hizo solo presentó una nota quejándose a la Dirección Regional y Médica pero hasta la fecha nadie ha hecho nada, ni brindar seguridad ni trasladarla, cuenta que a raíz de este acontecimiento se siente molesta y ha tenido conflictos laborales ya que se niega a trabajar extra muro y los fines de semana en el sector Señala que siempre tuvo temor del área, pero pensó que como la conocían no le iban hacer nada, describe que la comunidad es muy difícil de tratar son agresivos y violentos, pero que siempre se pone en manos de Dios aunque está consciente de que su actitud hacia la comunidad ha cambiado En lo referente a sus relación con sus compañeros la describe como buena basada en el respeto y que los problemas que se dan son debido a la falta de insumos y personal ya que se dan muchas ausencias en el Centro

Al preguntarle sobre su condición física, cuenta que es asmática, presenta problemas para dormir y ansiedad que se ha agravado desde el robo

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador

Mujer de 49 años de edad, mide aproximadamente 1 55 metro de estatura, contextura mediana, tez blanca, cabello castaño claro ojos chocolates se mostró siempre alerta, consciente y orientada se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.

### Resultado de las pruebas

Prueba		Pre prueba	Post Prueba	Interpretación
IDARE A ESTADO		63	52	paso de alta a media
BURNOUT	CE	70	65	Se mantiene medio
	DP	75	65	Paso de alta a medio
	PR	15	25	mantiene alto
SAS		60	60	Se mantiene igual severa



### **Análisis de resultados**

En los resultados observamos que la ansiedad se mantiene a pesar de haber disminuido un poco la intensidad, esto se puede deber todavía a las respuestas asociadas con el robo sufrido hace meses. Los indicadores de Burnout en cansancio emocional y despersonalización se mantienen en el rango medio a pesar de haber disminuido su puntuación todavía hay presencia de agotamiento y actitudes negativas hacia los usuarios. Cabe señalar que la falta de realización personal es la que puntúa más alto destacando como síntoma severo lo cual puede estar relacionado a que la vida del sujeto gira en torno al trabajo el cual no le brinda gratificaciones.

### **Diagnóstico Clínico**

Eje I	Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico (síndrome de Burnout)
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Insomnio asma
Eje IV	Problemas Laborales Insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles
Eje V	EEAG 70 (actual)
Pronóstico Terapéutico	
Favorable	

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 3 MC
Edad	49 años
Escolaridad	Universitaria Licenciatura.
Ocupación	Enfermera desde hace 26 años
Terapeuta	Yandra Avila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout

### Antecedentes Históricos

Es la menor de 3 hermanos unica hija mujer nacida en la capital señala que deseaba ser médico pero no pudo entrar en la facultad por lo que estudió enfermería, realizó sus años de residencia en la Provincia de Colón de donde son sus abuelos y su mamá, a los tres años se trasladó al Hospital Nicolás Solano en la Chorrera. Contrae matrimonio a los 26 años de edad, con un ingeniero que conoció en el Hospital y era 10 años mayor que ella, describe su matrimonio como muy bueno a los 29 años nace su hijo que actualmente tiene 20 años y estudia para marino su esposo fallece a los 51 años en un accidente automovilístico cuando en la noche se dirigía hacia su casa en Arraján y un carro que venía de frente perdió el control y lo chocó de esto hace aproximadamente 4 años señala que ha sido muy difícil para ella y su hijo superar la pérdida pero ambos han buscado refugio en la iglesia.

En lo concerniente al trabajo cuenta que inició en la Región hace aproximadamente 10 años y que por motivos económicos, trabaja en una clínica privada desde hace 2 años manifiesta

que el trabajo es completamente diferente ya que en los Centros existen muchas carencias falta de insumos espacio personal y que si bien es cierto el tener 2 trabajos la agota y la está afectando físicamente ya que siente muchos dolores en las extremidades dolores de cabeza e hipertensión siente que donde más se estresa y agota es en los centros de salud, donde se le exige más pero no se garantiza la salud, donde a veces no tiene un lugar tranquilo para sentarse por 5 minutos, donde tiene que comer en su escritorio y donde los pacientes son groseros y patanes no todos, pero algunos sí cuenta que ha solicitado su traslado a un Centro más cercano del hospital donde trabaja pero que siempre le dan vueltas al tema, yo sola, tengo que cubrir todos los gastos de la casa y la carrera de mi hijo no es barata ellas los saben pero no les importa acota que casi nunca falta ni pide permisos y que no recuerda la ultima vez que fue enviada a un seminario que valiera la pena. En cuanto a las relaciones con sus compañeros y superiores señala que se limita hacer su trabajo no considera tener amistades dentro de la institución, a todos les habla pero con casi nadie mantiene conversaciones profundas

### **Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador**

Mujer de 49 años de edad, mide aproximadamente 1 56 metro de estatura, contextura gruesa, tez morena, cabello rojo corto encrespado ojos chocolates claros se mostro siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.

### **Resultado de las pruebas**

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	interpretación
IDARE A ESTADO		76	50	paso de muy alta a media
BURNOUT	CE	70	70	mantiene igual en medio
	DP	15	15	mantiene igual en bajo
	PR	40	40	se mantiene igual alto
SAS		57	49	Se mantiene igual normal

### **Análisis de resultados**

Los niveles de ansiedad se mantienen normales o medios en ambas escalas sin embargo en el IDARE pasó de muy alta a media, dando una disminución en algunos síntomas. En las escalas de Burnout las puntuaciones se mantuvieron sin cambios en las tres escalas manteniendo puntuaciones bajas en despersonalización, y altas en cansancio emocional posiblemente debido a trabajar en dos lugares y falta de realización personal posiblemente por no sentirse valorada ya que manifiesta que no se le tiene ningún tipo de consideración al tener una negativa sin mayor justificación para su traslado.

### **Diagnóstico Clínico**

Eje I	Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico (síndrome de Burnout)
Eje II	Sin diagnóstico
Eje III	Hipertensión cefaleas
Eje IV	Problemas Laborales insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles
Eje V	EEAG 75 (actual)

### **Pronóstico Terapéutico**

Favorable

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 4 CT
Edad	49 años
Escolaridad	Universitaria licenciatura
Ocupación	Enfermera desde hace 26 años
Terapeuta	Yandra Ávila 8 710-2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout

### Antecedentes Históricos

CT provienen de una familia clase media del interior de la Republica, es la tercera de cinco hermanos nació y creció en Aguadulce donde realizó sus estudios primarios y secundarios Recuerda su infancia como tranquila, normal se enfermaba mucho ya que era alérgica y ella no se cuidaba, su madre andaba siempre detrás de ella, cuidándola y sobreprotegiéndola, pero ella igual se escapaba a jugar Viene a la Provincia de Panamá a los 16 años a estudiar recuerda que fue muy difícil para ella dejar su casa y a su madre que lloraba mucho le costó mucho adaptarse demoró casi un año en sentirse bien

Inició su carrera en el Hospital Chicho Fábrega a los 23 años de edad, recuerda con nostalgia esos años ya que considera fueron los mejores de profesión la gente del interior es más agradecida, atenta y amable se casa a los 28 años con un médico tiene dos hijos con él pero pasado cinco años comenzaron a tener problemas y luego de 10 años de matrimonio se divorciaron, ella solicita su traslado para Panamá pensando en una mejor educación para sus hijos

Al referirse al ambiente laboral lo describe como un ambiente muy hostil tanto por parte de los compañeros de trabajo como del público siente que no hay compañerismo y que no se toma en cuenta la salud del personal manifiesta que una de las razones por la que solicitó su traslado fue por problemas de salud, reconoce que se incapacita mucho pero que tiene un problema respiratorio crónico y del Síndrome del Tunnel Carpiano lo que dificulta su desempeño laboral se considera una buena profesional pero señala que eso no es importante para el sistema, ha solicitado ayuda en Salud Ocupacional de la Caja del Seguro Social para que hagan una evaluación del puesto y no ha conseguido ayuda. Siente temor por su salud y por su integridad física ya que en ocasiones ha tenido problemas con pacientes y estos la han amenazado considera que el ambiente no es el más apropiado para trabajar hay poco personal insumos y es una población muy grande y agresiva.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador

Mujer de 49 años de edad, mide aproximadamente 1 65 metro de estatura, contextura mediana, tez trigueña, cabello castaño oscuro largo ojos chocolates claros se mostro siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.

### Resultado de las pruebas

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	Interpretación
IDARE A ESTADO		56	50	paso de alta a media
BURNOUT	CE	95	80	Se mantiene alto
	DP	65	50	Se mantienen medio
	PR	20	25	Se mantiene alto
SAS		45	38	se mantuvo igual en normal

### **Análisis de resultados**

Los síntomas de ansiedad disminuyeron, así lo confirma la baja en las puntuaciones de ambos instrumentos en el Burnout las puntuaciones en los tres indicadores a pesar que en todas hubo una disminución, cansancio emocional y falta de realización personal siguen puntuando alto posiblemente debido a la condición física limitante que padece el sujeto el cual es percibido como una limitación y motivo de conflicto con sus compañeras de trabajo

### **Diagnóstico Clínico**

Eje I	Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico ( síndrome de Bunout)
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Alergias síndrome del tunel Carpiano
Eje IV	Problemas Laborales Insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles
Eje V	EEAG 75 (actual)

### **Pronóstico Terapéutico**

Favorable

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 5 A B
Edad	51 años
Escolaridad	Universitaria postgrado
Ocupación	Enfermera desde hace 28 años
Terapeuta	Yandra Ávila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout.

### Antecedentes Históricos

AB es la mayor de 6 hermanos su familia es de la Provincia de los Santos realizó sus estudios primarios y secundarios en esta provincia, se trasladó a Panamá a los 17 años para estudiar manifiesta que le gustaba el profesorado pero una vez en un paseo conoció a una joven que era enfermera y la vio trabajando atendiendo niños vestida de blanco y le comenzó a preguntar sobre su profesión luego de esto decidió estudiar enfermería, cuenta que sus padres no estaban muy contentos con la idea ya que deseaban que fuera educadora como ellos pero la apoyaron y se vino a vivir a la Capital con una tía por parte de madre

A los 24 años se casó con su novio de la escuela, ambos se instalaron en la capital a los 2 años de casados ya que los primeros años ella trabajaba en Darién y viajaba los fines de semanas y días libres él trabajaba en Herrera, posteriormente ambos consiguieron trabajo en la capital él en la imprenta de un amigo de la familia, y ella en el Hospital Santo Tomás, estuvieron casados por 17 años tuvieron tres hijos varones se divorciaron puesto que tenían muchos problemas económicos y de pareja, ella trabajaba en dos lugares y habían



días en los que no veía ni a su esposo ni a sus hijos, “pero es que él dinero no alcanzaba y él no ganaba mucho. Recuerda su divorcio como una experiencia dolorosa ya que se siente responsable por no haber pasado el tiempo con su familia, y justifica de esta forma las infidelidades de su esposo el cual a los tres años de matrimonio tuvo una hija con una mujer de Herrera, ella le perdona esta infidelidad, puesto que se sentía responsable pero 14 años después él la deja por otra mujer con la que está actualmente casado y tienen dos hijos. Cuenta que sus hijos son su consuelo da todo por ellos están estudiando son muy cariñosos y respetuosos con ella, con el que más problemas tuvo fue con el menor de 19 años al que según ella hay que estarlo guiando más ya que es un poco fresco con los estudios el segundo de 21 años es muy reservado con sus cosas le gusta leer y toca la guitarra y así se gana un par de dólares está estudiando turismo por el contrario el mayor de 24 años estudia derecho trabaja y aporta en la casa, siempre está pendiente de ella y siempre anda aconsejando a sus hermanos.

Con respecto al trabajo señala que es responsable del programa de Salud Pública, pero que debido a la falta de personal a veces apoya otros programas cuenta que desde hace algún tiempo se siente cansada y que está poco tolerante con los pacientes “y la verdad es que ellos no tienen la culpa de la falta de insumos y de personal señalando que es el mayor problema que tienen para el desempeño de su trabajo hay fines de semana que tengo que viajar al interior por trabajo y el lunes tengo que estar a las 7:00 en punto en el Centro y la verdad el cuerpo no da para más. manifiesta que la población con la que trabaja es muy difícil son personas agresivas con muchas carencias y algunas con problemas de adicción, por lo que hay momentos en los que no se siente segura y teme que la agredan, considera que la institución no valora el trabajo realizado por ella ni sus años de servicio ya que casi nunca es enviada a seminarios o le dan algún reconocimiento “a pesar que yo sacrifiqué mi familia por la institución refiriéndose al divorcio. En lo referente a su condición de salud manifiesta tener frecuentes dolores en las piernas, dolores de cabeza y espalda, sufre de la presión y es propensa a la diabetes señala tener poco control de sus malestares “tú sabes casa de herrero cuchillo de palo solo cuando estos se agravan, es que va al consultorio del doctor o ella se receta algo.

### **Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador**

Mujer de 51 años de edad mide aproximadamente 1 68 metro de estatura, contextura gruesa, tez blanca, cabello castaño claro corto encrespado ojos chocolates claros se mostró siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.

### **Resultado de las pruebas**

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	Interpretación
IDARE A ESTADO		61	59	se mantuvo alta
BURNOUT	CE	95	90	igual alto
	DP	5	5	igual bajo
	PR	30	45	paso del alto a medio
SAS		66	60	se mantuvo igual en severa

### **Análisis de resultados**

Al analizar los resultados de las pruebas observamos que a pesar de haber una disminución en las manifestaciones de los síntomas de la ansiedad, esta se mantiene. El cuanto a los indicadores de Burnout a pesar de haberse dado una disminución en las escalas de cansancio emocional se puede ver que sus puntuaciones siguen marcando un nivel elevado en cuanto a los síntomas los cuales parecen estar muy relacionados con la sobrecarga de trabajo al cual siente que está expuesto el sujeto. De igual forma la falta de realización personal pasó de alta a moderada, por lo que el trabajo posiblemente no sea visto de una forma tan negativa, dándose una disminución de las actitudes negativas.

**Diagnóstico Clínico**

Eje I	Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico ( síndrome de Bunout)
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Cefaleas diabetes dolores de espalda y piernas
Eje IV	Problemas Laborales Insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles Problemas relativos al grupo primario de apoyo Divorcio
Eje V	EEAG 70 (actual)

**Pronóstico Terapéutico****Favorable**

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 6 DB
Edad	57 años
Escolaridad	Universitaria Licenciatura.
Ocupación	Enfermera desde hace 37 años
Terapeuta	Yandra Ávila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout

### Antecedentes Históricos

DB es la mayor de cinco hermanos proviene de una familia muy humilde recuerda su infancia como llena de carencias y dificultades su papá murió cuando ella tenía 10 años cuenta que trabajaba desde muy pequeña ayudando a su mamá a limpiar las casas a veces cuidaba niños A los 15 años su mamá la manda a vivir con su tía, ya que esta no tenía hijos y estaba económicamente un poco más estable esta tía es la que la ayuda a estudiar y graduarse de enfermería A los 24 años se casa con un farmaceuta con el cual tiene dos hijos y tres nietos ambos hijos están casados y son profesionales

En lo referente al trabajo señala sentirse agotada y poco valorada en la institución, piensa que a su edad debería estar en un Centro más tranquilo o por lo menos donde el volumen de atención sea menor manifiesta que ha solicitado su traslado a otro Centro “pero como nadie quiere venir para acá, yo me tengo que quedar aquí” “llega personal nuevo y joven y los mandan a Centros donde la atención es menor y son más tranquilos Señala que la negativa de su cambio se debe a que quieren que se jubile y como ella no quiere la castigan

dejándola en ese Centro Cuenta que con sus compañeras de trabajo otras enfermeras no tiene mayor conflicto ya que ellas sí la respetan, no es igual con algunos médicos o jefes de secciones que siempre se quejan y le buscan problemas y todo los justifican con su edad, cuando según ella muchas veces es la falta de insumos y personal lo que no le permite hacer su trabajo de la mejor manera. En lo referente al área de trabajo señala que ella está acostumbrada a tratar con maleantes y que a muchos ella los conoce desde su primera inyección por lo que no se meten con ella, a pesar de esto ella igual tiene sus medidas de seguridad, y trata en lo posible no salir al área. Al preguntarle sobre su condición de salud señala sufrir de hipertensión, dolores en las piernas dolores de cabeza.

#### **Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador**

Mujer de 57 años de edad, mide aproximadamente 1 67 metro de estatura, contextura gruesa, tez trigueña, cabello oscuro encrespado ojos chocolates oscuros se mostró siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.

#### **Resultado de las pruebas**

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	interpretación
IDARE A ESTADO		65	55	Paso de alta a media
BURNOUT	CE	85	75	mantuvo igual en medio
	DP	5	5	se mantuvo igual en bajo
	PR	35	45	Paso de alta a media
SAS		60	55	paso de severa a normal

### **Análisis de resultados**

Los indicadores de ansiedad en ambos instrumentos disminuyeron, al igual que los del Síndrome de Burnout, en donde a pesar de darse una disminución, siguen manifestándose síntomas de agotamiento y la falta de realización personal se mantiene alta, posiblemente por la percepción del sujeto de que es poco valorado por su edad y la negativa de trasladarle a un Centro más tranquilo

### **Diagnóstico Clínico**

Eje I	Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico (síndrome de Burnout)
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Hipertensión, cefaleas dolores en las piernas
Eje IV	Problemas Laborales insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles
Eje V	EEAG 75 (actual)

### **Pronóstico Terapéutico**

Favorable

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 7 RD
Edad	58 años
Escolaridad	Universitaria Licenciatura.
Ocupación	Enfermera desde hace 33 años
Terapeuta	Yandra Ávila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout

### Antecedentes Históricos

RD proviene de una familia clase media del Distrito de la Chorrera, es la mayor de dos hermanas su padre era maestro y su madre ama de casa, describe su familia como tranquila normal tradicional Decide estudiar enfermería porque siempre le gustó ayudar a las personas y en especial a los niños, por eso se especializó en pediatría, manifiesta que no se arrepiente a pesar de todos los problemas que ha tenido en sus 33 años de servicio es una profesión difícil y la gente no lo entiende el tratar todo el día con personas que necesitan algo de ti y hay momentos en los que no puedes hacer nada es frustrante Comenta que en los 20 años que tiene en la región ha recorrido todos los centros de salud y ha tratado con casi toda clase de personas ella trata de llevarse bien con sus compañeros pero le molesta los favoritismos y privilegios de algunos por lo que no repara en hacerse saber lo cual le ha ocasionado serios conflictos en el trabajo cuenta que se dan muchas injusticias falta de recursos y personal capacitado por lo que el trabajo cuesta mucho realizarlo actualmente señala tener problemas con su superior ya que mucho antes de ser su jefe tuvieron un altercado y ahora que él es jefe ella siente que presiones por parte de

este y que incluso se ha enterado que la quiere sacar de ese centro que ya es peligroso para enviarla a uno de mayor riesgo social. En lo referente a la situación de violencia del sector señala que se ha acostumbrado a estar encerrada las 8 horas de trabajo no sale de su cubículo y trata en la medida de lo posible no trabajar extra muro ya que teme que se forme una balacera, la atención con los pacientes es solo profesional trata de no involucrarse en los problemas y se limita hacer su trabajo ya que las mujeres en este sector según ella no les gusta que les llamen la atención aunque sea por el bien de sus hijos.

En lo referente al área familiar cuenta que se casó muy joven a los 21 años y que su matrimonio no era malo pero tampoco se compenetraron lo suficiente ya que al no poder tener hijos comenzaron a tener problemas cada vez más graves hasta que decidieron separarse hace 15 años comenta que fue un divorcio amigable sin tanto drama y que mantiene comunicación con su ex esposo.

Al preguntarle sobre su salud señala que es asmática, que sufre de la presión, dolores de cabeza y de problemas de circulación.

#### **Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador**

Mujer de 58 años de edad mide aproximadamente 1.60 metro de estatura, contextura gruesa, tez trigueña, cabello oscuro corto, ojos chocolates, se mostro siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada.



### Resultado de las pruebas

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	Interpretación
IDARE A ESTADO		53	53	se mantuvo igual en media
BURNOUT	CE	65	60	se mantuvo igual medio
	DP	65	65	se mantuvo igual medio
	PR	45	50	mantuvo igual en medio
SAS		47	35	Se mantuvo igual en normal

### Análisis de resultados

Segun la evaluación los niveles de ansiedad se mantuvieron en normales ansiedad media, llama la atención que en el indicador despersonalización no se dio ningun cambio manteniéndose en un nivel medio posiblemente relacionado con los conflictos con su jefe cansancio emocional y realización personal disminuyeron pero se mantienen en niveles medios

### Diagnóstico Clínico

- Eje I            Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico ( síndrome de Burnout)
- Eje II           Sin diagnostico
- Eje III          Asma, cefaleas hipertensión problemas circulatorios
- Eje IV          Problemas Laborales insatisfacción laboral condiciones laborales dificiles
- Eje V           EEAG 75 (actual)

### Pronóstico Terapéutico

Favorable

## INFORME PSICOLÓGICO

### Datos del Paciente

Apellido y Nombre	sujeto 8 JM
Edad	58 años
Escolaridad	Universitaria maestría.
Ocupación	Enfermera desde hace 32 años
Terapeuta	Yandra Avila 8 710 2054

### Motivo de Consulta

Presenta síntomas de Ansiedad y del síndrome de Burnout.

### Antecedentes Históricos

JM proviene de una familia humilde conformada por 8 hermanos su madre era ama de casa, su padre era el que trabajaba, describe su infancia como tranquila, con muchas carencias pero feliz jugaba mucho eran otros tiempos Recuerda a su padre como un hombre fuerte y sereno siempre se llevó bien con todos sus compañeros describe a su madre como una mujer sencilla e inteligente a pesar de no haber tenido la oportunidad de estudiar Cuenta que en su familia solo las mujeres pudieron estudiar los varones fueron a trabajar temprano para ayudar en la casa, y eso es algo que ella, siempre les agradece esa oportunidad de estudiar y ser alguien en la vida, por lo que trata en la medida de lo posible de ayudarlos cuando tienen problemas económicos lo que en ocasiones le busca problemas con su esposo Se casó a los 19 años con su novio del colegio tuvo su primer hijo a los 24 años y el segundo a los 25 ya que a pesar de no cuidarse no quedaba embarazada y pensaba que era estéril describe su matrimonio como muy bueno han tenido dificultades pero las han sabido resolver

En lo referente al trabajo señala que se siente molesta, por las cosas que pasan y cómo es tratado el personal manifiesta que no se tiene consideración con los años de servicio y tampoco con lo bien que se realice una tarea lo importante según ella, es la afinidad política y solo a los cepillones es a los que les va bien, se siente frustrada por la figura de autoridad ya que considera que hay personas más responsables, preparadas y humildes para dirigir el Centro plantea que los problemas se presentan desde hace aproximadamente siete meses cuando deciden trasladarla del Centro lo que ella rechaza ya que considera que trabaja bien en la comunidad, pero como ella tiende a cuestionar las decisiones y defender sus derechos esto le ha traído problemas con sus superiores quienes le hacen la vida imposible

En lo concerniente a la salud, dice tener muchos dolores de cabeza, dificultades para dormir y problemas de circulación

#### **Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador**

Mujer de 58 años de edad, mide aproximadamente 1 60 metro de estatura, contextura delgada, tez blanca, cabello castaño oscuro corto ojos chocolates se mostró siempre alerta, consciente y orientada, se comporta de manera educada, atenta a las indicaciones brindadas por la evaluadora, muy cooperadora, se mostraba interesada

#### **Resultado de las pruebas**

Prueba		Pre – prueba	Post Prueba	interpretación
IDARE A ESTADO		62	50	paso de alta a media
BURNOUT	CE	65	60	se mantiene igual medio
	DP	30	20	se mantiene igual bajo
	PR	40	45	Paso de alto a se media
SAS		55	42	se mantuvo igual en normal

### **Análisis de resultados**

Los indicadores de ansiedad se mantienen en niveles medio los del Síndrome de Burnout, por otro lado en todas las puntuaciones disminuyeron pero se mantienen en niveles medios las escalas de cansancio emocional y realización personal las cuales posiblemente se mantengan debido a los conflictos que presenta el sujeto con la autoridad

### **Diagnóstico Clínico**

Eje I	Trastorno adaptativo con ansiedad tipo crónico ( síndrome de Burnout)
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Dolores de cabeza, dificultades para dormir y problemas de circulación
Eje IV	Problemas Laborales insatisfacción laboral condiciones laborales difíciles
Eje V	EEAG 75 (actual)

### **Pronóstico Terapéutico**

**Favorable**

# **CAPITULO 4**

## **ANALISIS DE RESULTADOS**

### **Análisis de Resultados**

Para el análisis de los resultados la muestra quedó conformada por ocho enfermeras que presentaban los síntomas de Ansiedad y del Síndrome de Burnout, este grupo se presenta en dos momentos antes del tratamiento y después del tratamiento

Luego de las aplicaciones de los instrumentos para evaluar la efectividad del tratamiento podemos destacar que un 53% de la población manifiesta síntomas de ansiedad y del Síndrome de Burnout, destacando las puntuaciones más elevadas en los indicadores de cansancio emocional y realización personal

Tomando en consideración las entrevistas podemos inferir que estos indicadores pueden estar más relacionados con los componentes organizacionales tales como la sobrecarga de trabajo debido a la falta de personal y las actividades extra muro la falta de insumos y el lugar de trabajo por ser considerados zonas de alto riesgo social También se destacó una percepción general de desinterés por parte de la institución hacia el personal además de la falta de incentivos

Es importante señalar que de acuerdo a los resultados obtenidos en el inventario de Maslach de Burnout (MBI) observamos una disminución de los componentes de los síntomas del Síndrome de Burnout como el cansancio emocional la despersonalización y la falta de realización personal por lo que rechazamos la hipótesis nula, lo cual significa que el programa produjo efectos positivos mejorando los síntomas del Síndrome de Burnout, en este punto es importante aclarar que si bien es cierto se dio una disminución en las puntuaciones las manifestaciones aun permanecen en algunos casos los sujetos # 1 4 y 5 en las que sus puntuaciones en cansancio emocional y realización personal se mantienen elevadas

Con relación a los síntomas de ansiedad medidos por el IDARE y la Escala de Zung se observa una disminución en los síntomas de ansiedad, por lo que rechazamos la Hipótesis Nula, lo cual significa que sí se produjo un efecto positivo disminuyendo los niveles de

ansiedad estado Al igual que con las escalas del Burnout, en el IDARE las respuestas de ansiedad disminuyeron, pero algunos síntomas persisten

Los resultados son presentados en cuadros Del cuadro 1 al cuadro 6 se hace una descripción de los datos demográficos de la población, edad estado civil numero de hijos años de servicio nivel académico programa al que pertenece y problemas de salud Del cuadro 7 al cuadro 11 se presentan las comparaciones de antes del tratamiento y después del tratamiento En estos cuadros se somete a la prueba de hipótesis sobre la disminución de los síntomas de Ansiedad y Burnout luego de una terapia Cognitivo Conductual

Cuadro # 1

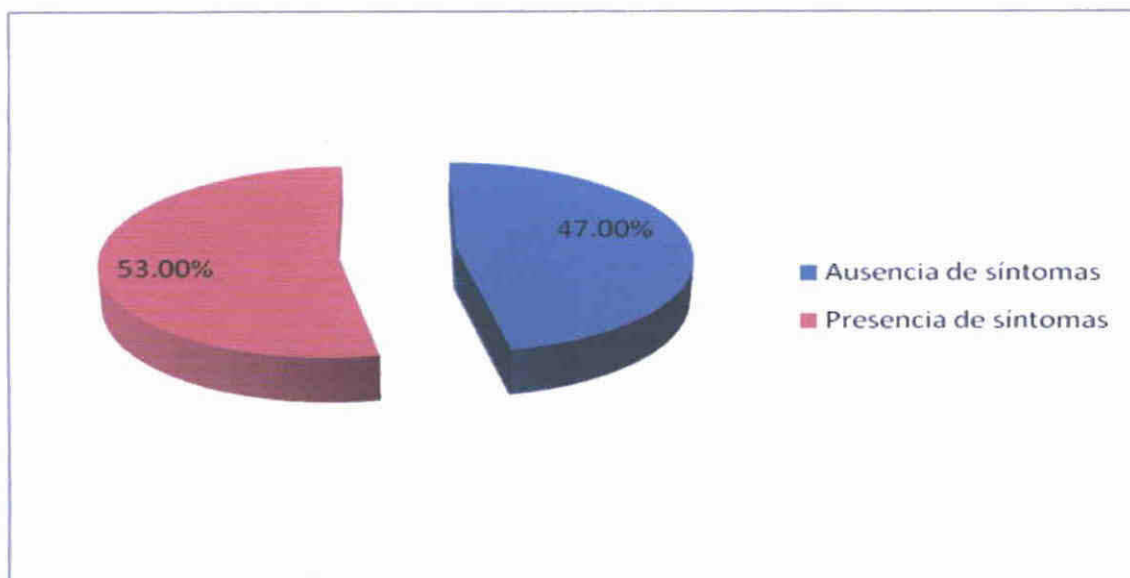
Distribución de la población según presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout

Síntomas	<i>f</i>	%
Ausencia de síntomas	8	47.0%
Presencia de síntomas	9	53.0
Total	17	100%

El cuadro #1 presenta la distribución de la población según presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout, se observa que el 47.0% de la población no se encuentra afectado por los síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout, sin embargo vemos que el 53.0% de la población presenta manifestaciones de los síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout.

Gráfica # 1

Distribución de la población según presencia o ausencia de síntomas de ansiedad y del síndrome de burnout





Cuadro # 2

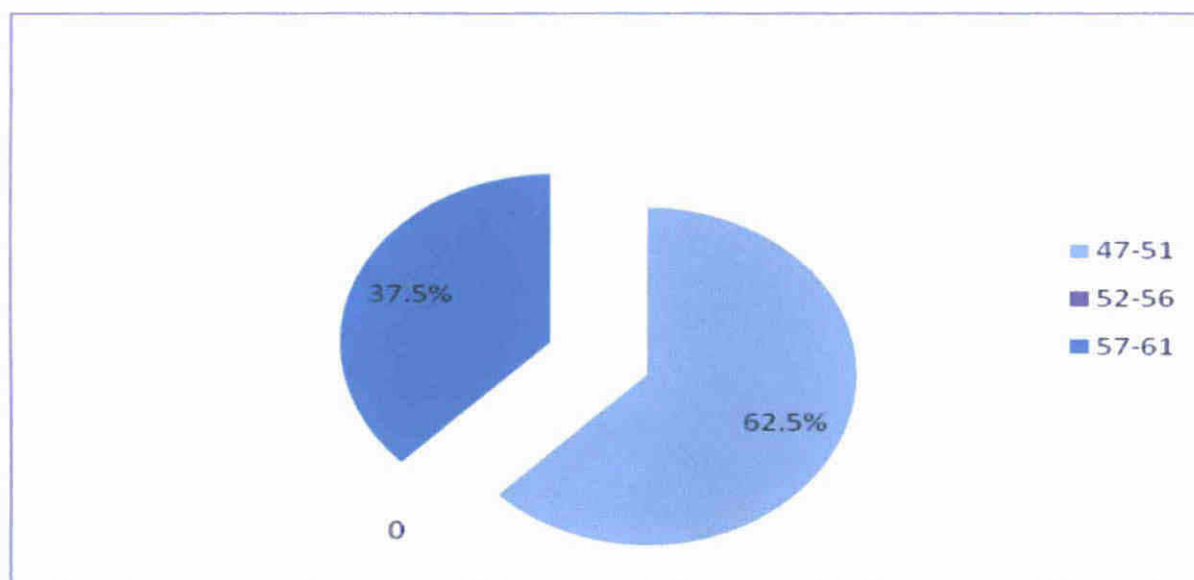
## Distribución de la población según edad

Edad	<i>f</i>	%
47-51	5	62.5
52-56	0	0
57-61	3	37.5
Total	8	100

El cuadro #1 presenta la distribución de la población según la edad, el 62.5% de la población se encuentra en el rango de 47-51 años, siendo una población en edad productiva y el 37.5% en el rango de 57-61 años, siendo una población cercana a la edad de jubilación en las mujeres.

Gráfica # 2

## Distribución de la población según edad



Cuadro # 3

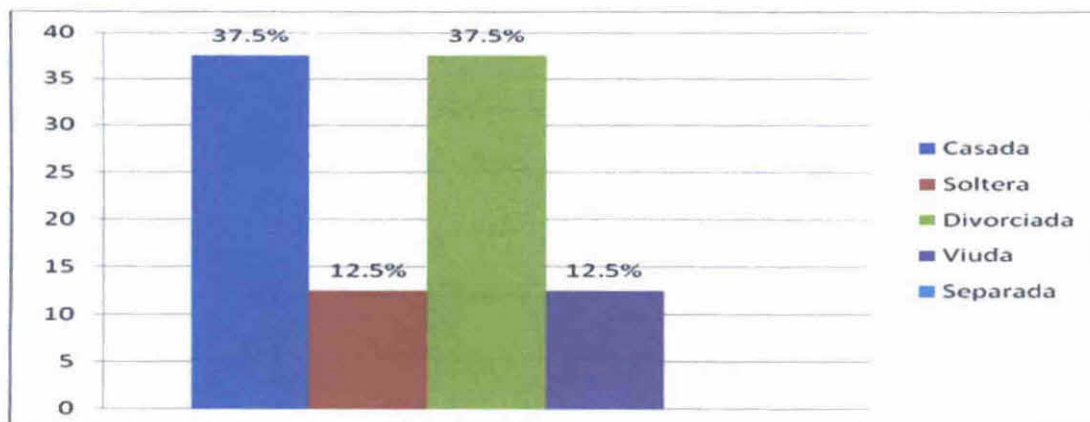
Distribución de la población según estado civil y número de hijos.

Estado civil	Total		No tiene hijos		1 Hijo		2 Hijos		3 hijos		Total
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	
Casada	3	37.5					3	100			
Soltera	1	12.5			1	100					
Divorciada	3	37.5	1	33.3			1	33.3	1	33.3	
Viuda	1	12.5			1	100					
Separada	0										
Total	8	100									

En el cuadro #2 encontramos una población variada según el estado civil observamos que las poblaciones de casadas y divorciadas representan un 37.5% respectivamente y las viudas y solteras representan el 12.5% de la población. En relación con el número de hijos, observamos que las casadas tienen 2 hijos, las solteras y viudas tienen un solo hijo, Por otro lado las divorciadas varía de 1 a 3 hijos.

Gráfica #3

Distribución de la población según estado civil



Cuadro # 4

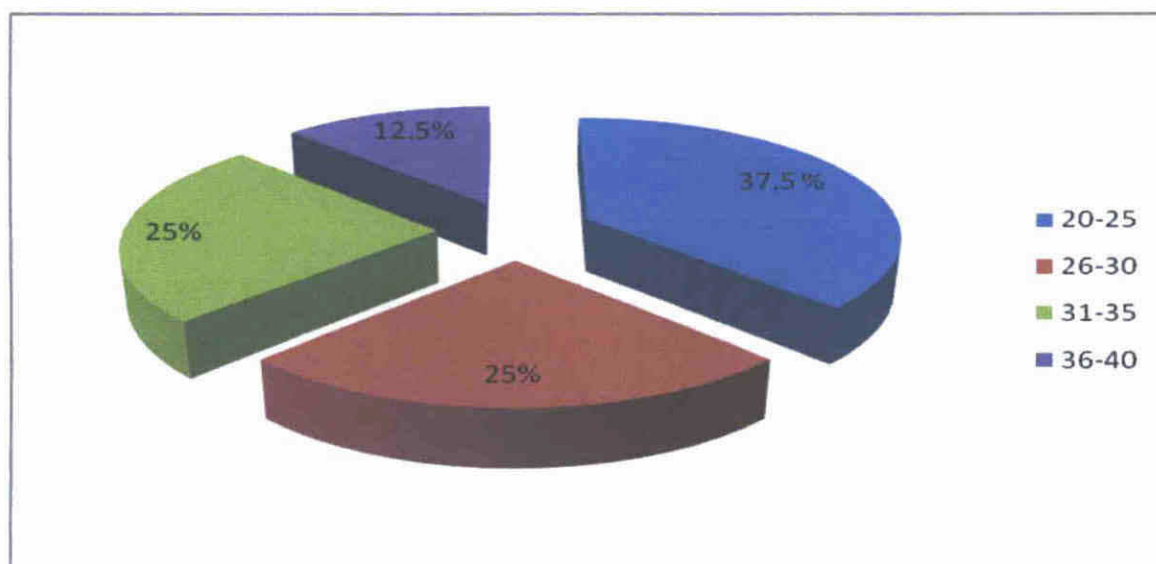
Distribución de la población según años de servicio

Años de servicio	<i>f</i>	%
20-25	3	37.5
26-30	2	25.0
31-35	2	25.0
36-40	1	12.5

El cuadro #3 nos muestra la distribución de la población según años de servicio, el mayor porcentaje que es el 37.5% está conformado por aquellas enfermeras que tienen de 20 a 25 años de servicio, seguido de los de 26 a 30 años de servicio y de los de 31-35 años con un ambos con un 25% y solo el 12.5% se encuentra en el rango de 36-40 años de servicio.

Gráfica # 4

Distribución de la población según años de servicio



CUADRO # 5

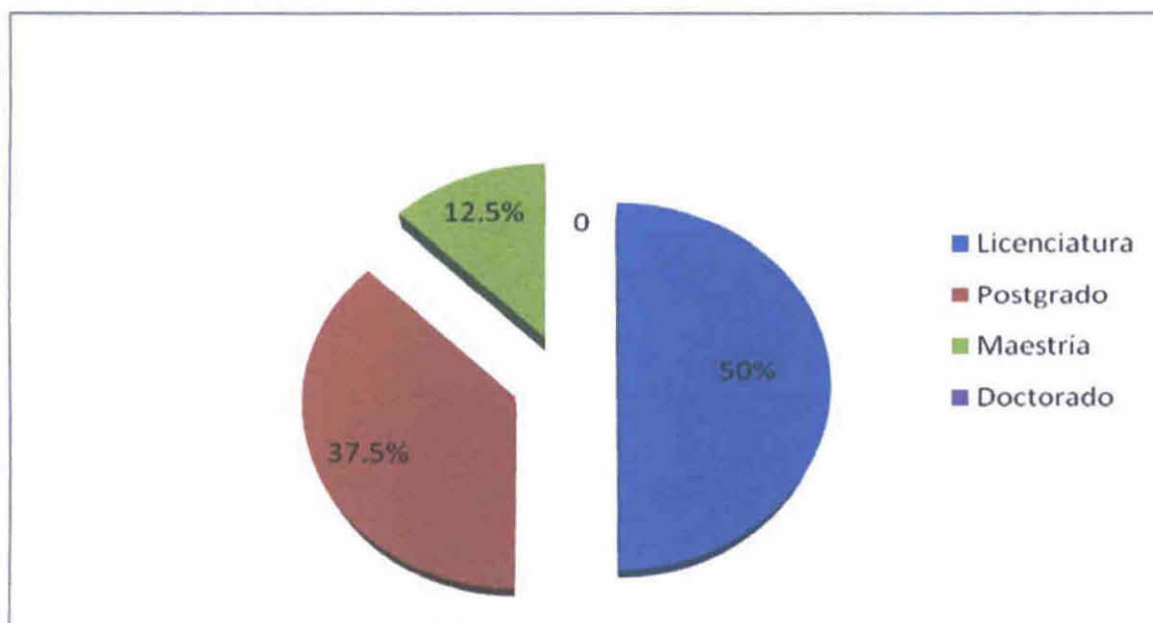
Distribución de la población según nivel académico

Nivel Universitario	<i>f</i>	%
Licenciatura	4	50
Postgrado	3	37.5
Maestría	1	12.5
Doctorado	0	0

El cuadro #3 no muestra la distribución de la población según nivel académico, vemos que el 50% de la población solo tiene la licenciatura, el 37.5% estudios de posgrado y solo un 12.5% estudios de maestría, no habiendo estudios de doctorado en esta población.

Gráfica # 5

Distribución de la población según nivel académico



Cuadro # 6

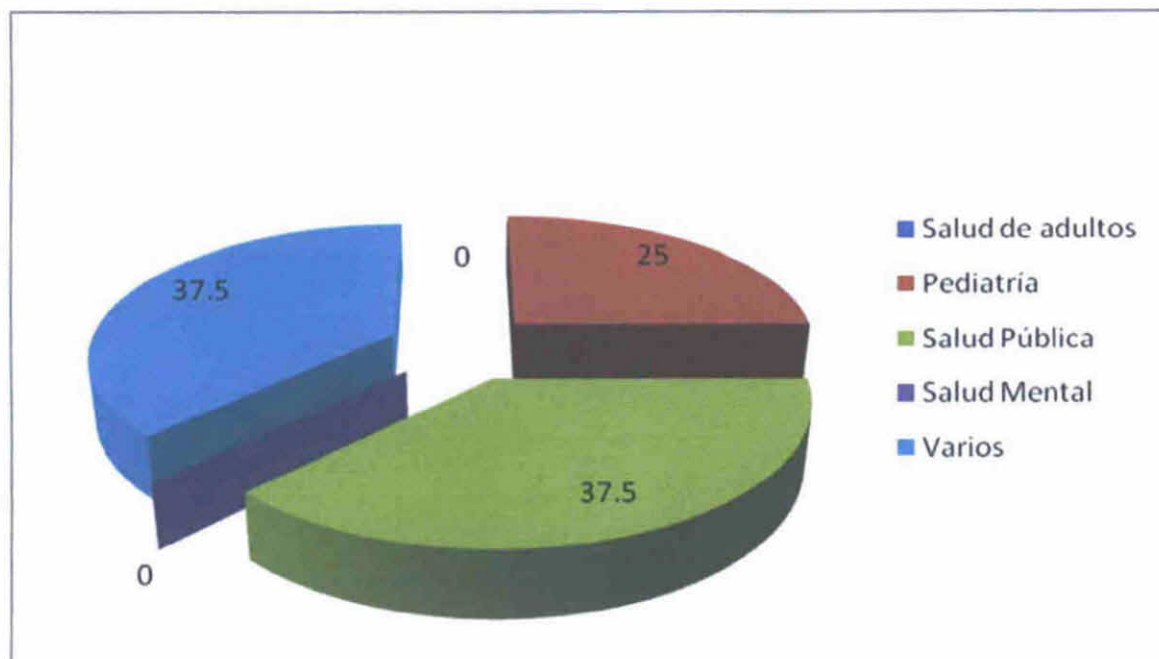
Distribución de la población según programa al que pertenece

Programa	f	%
Salud de adultos	0	0
Pediatría	2	25.0
Salud Pública	3	37.5
Salud Mental	0	0
Varios	3	37.5

El cuadro #5 nos muestra la distribución de la población según, el programa de salud al cual pertenecen, el 25.% labora en el programa de pediatría, un 37.5% en el programa de salud pública y el otro 37.5% no tiene un programa fijo.

Gráfica # 6

Distribución de la población según programa al que pertenece



Cuadro # 7

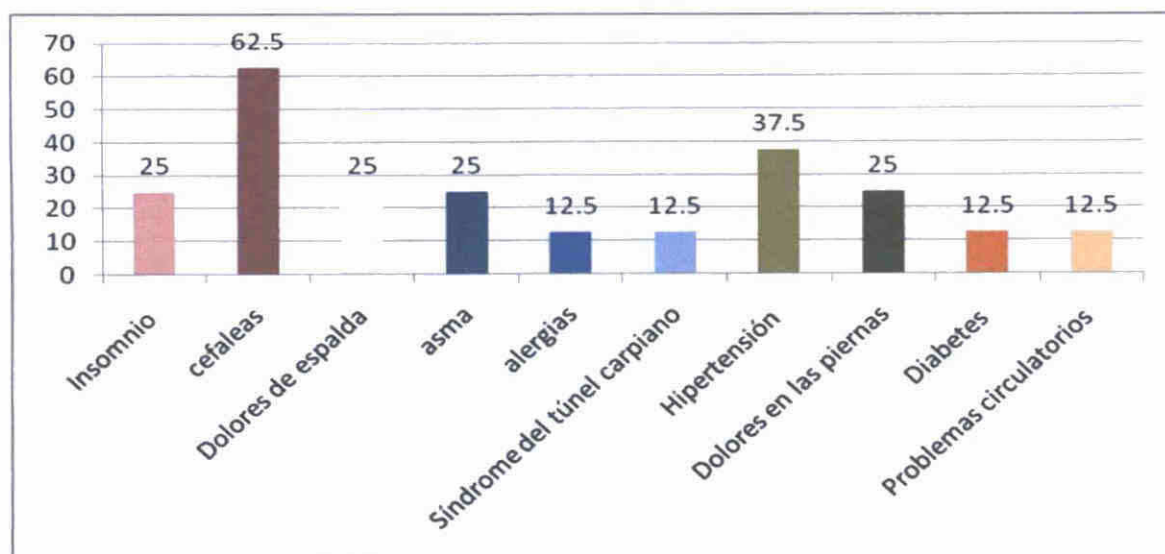
## Distribución de la población según problemas de Salud

Enfermedad	<i>f</i>	%
Insomnio	2	25
Cefaleas	5	62.5
Dolores de espalda	2	25
Asma	2	25
Alergias	1	12.5
Síndrome del túnel carpiano	1	12.5
Hipertensión	3	37.5
Dolores en las piernas	2	25
Diabetes	1	12.5
Problemas circulatorios	1	12.5

El cuadro # 5 observamos que un 62.5% de la población manifiesta tener cefaleas, un 37.5% sufre de Hipertensión, un 25% sufre de insomnio, 25% de dolores de espalda y piernas, otro 25% asma, solo un 12.5% de la población sobre de diabetes, otro 12.5 % problemas circulatorios y 12.5% del síndrome carpiano.

Gráfica # 7

## Distribución de la población según problemas de Salud



CUADRO # 8

**COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL COMPONENTE ANSIEDAD ESTADO  
SEGUN EL INVESTARIO IDARE APLICADO A ENFERMERAS DE LA REGIÓN  
METROPOLITANA DE SALUD**

Sujeto	antes	después	D	D <sup>2</sup>
1	72	50	22	484
2	63	52	11	121
3	76	50	26	676
4	56	50	6	36
5	61	59	2	4
6	65	55	10	100
7	53	53	0	0
8	62	50	12	144
	$\bar{X}_1 = 63.5$	$\bar{X}_2 = 52.375$	89	1565

**Prueba de t de student para la hipótesis de investigación**

**H<sub>1</sub> "La terapia cognitivo conductual producirá disminución en los indicadores de ansiedad estado en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud"**

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} \quad S = \sqrt{\frac{1565}{8} - (63.5 - 52.37)^2}$$

$$S = \sqrt{\frac{156}{8} - (123.87)} \quad S = \sqrt{195.62 - (123.87)} \quad S = \sqrt{71.75} \quad S = 8.47$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{8.47}{\sqrt{8-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{8.47}{\sqrt{7}} \quad \sigma_{dif} = \frac{8.47}{2.64} \quad \sigma_{dif} = 3.20$$

$$\tau = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{dif}} \quad \tau = \frac{63.5 - 52.37}{3.20} \quad \tau = \frac{11.13}{3.20} \quad \tau = 3.47$$

Criterio de decisión si la  $t_0 \geq t_c$  se rechaza  $H_0$

$$\alpha = 0.05$$

$$gl = 7$$

$$t_0 = 3.47$$

$$t_c = 2.36$$

$$H_0: \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1: \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  por lo que se dio una disminución de la ansiedad estado luego de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Por lo tanto también se acepta la hipótesis de investigación # 1.

$T_0 = t_0$  que se calcula con la formula.

$t_c = t_c$  que se obtiene de la tabla



CUADRO # 9

COMPARACION DE LAS PUNTUACIONES DE ANSIEDAD DE LA ESCALA DE SAS  
APLICADO A ENFERMERAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

sujeto	Antes	después	D	D <sup>2</sup>
1	65	55	10	100
2	60	60	0	0
3	57	49	8	64
4	45	38	7	49
5	66	60	6	36
6	60	55	5	25
7	47	35	12	144
8	55	42	13	169
	$\bar{X}_1 = 56.875$	$\bar{X}_2 = 49.25$	61	587

Prueba de t de student para la hipótesis de investigación

H<sub>1</sub> La terapia cognitivo conductual producirá disminución en los indicadores de ansiedad estado en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud'

$$S = \sqrt{\frac{\sum D^2}{n} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} \quad S = \sqrt{\frac{87}{8} - (56.87 - 49.25)^2} \quad S = \sqrt{73.37 - 58.06}$$

$$S = \sqrt{15.31} \quad S = 3.91$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{3.91}{\sqrt{8-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{3.91}{2.64} \quad \sigma_{dif} = 1.48$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{dif}} \quad t = \frac{56.87 - 49.25}{1.48} \quad t = \frac{7.62}{1.48} \quad t = 5.14$$

Criterio de decisión si la  $t_0 \geq t_c$  se rechaza  $H_0$

$$\alpha = 0.05$$

$$gI = 7$$

$$T = 5.14$$

$$T = 2.36$$

$$H_0: \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1: \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  por lo que se dio una disminución de la ansiedad estado luego de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Por lo tanto también se acepta la hipótesis de investigación # 1.

$T_0 = t_0$  que se calcula con la formula

$t_c = t_c$  que se obtiene de la tabla

CUADRO # 10

COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL COMPONENTE CANSANCIO EMOCIONAL SEGUN EL INVENTARIO MASLACH, APLICADO A ENFERMERAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

sujeto	Antes	después	D	D <sup>2</sup>
1	90	80	10	100
2	70	65	5	25
3	70	70	0	0
4	95	80	15	225
5	95	90	5	25
6	85	75	10	100
7	65	60	5	25
8	65	60	5	25
	$\bar{X}_1=79.375$	$\bar{X}_2=72.5$	55	525

Prueba de t de student para la hipótesis de investigación

H<sub>2</sub> "La terapia cognitivo conductual producirá disminución del indicador agotamiento emocional del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud

$$s = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2} \quad s = \sqrt{\frac{525}{8} - (79.37 - 72.5)^2} \quad s = \sqrt{\frac{525}{8} - (47.19)}$$

$$s = \sqrt{65.62 - (47.19)} \quad s = \sqrt{18.43} \quad s = 4.29$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{4.29}{\sqrt{8-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{4.29}{\sqrt{7}} \quad \sigma_{dif} = \frac{4.29}{2.64} \quad \sigma_{dif} = 1.62$$

$$\tau = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{dif}} \quad \tau = \frac{79.37 - 72.5}{1.62} \quad \tau = \frac{6.87}{1.62} \quad \tau = 4.24$$

Criterio de decisión si la  $t_0 \geq t_c$  se rechaza  $H_0$

$$\alpha = 0.05$$

$$g = 7$$

$$t_0 = 4.24$$

$$t_c = 2.36$$

$$H_0: \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1: \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  por lo que se dio una disminución del componente cansancio emocional luego de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Por lo tanto también se acepta la hipótesis de investigación # 2.

$T_0 = t_0$  que se calcula con la fórmula.

$t_c = t_c$  que se obtiene de la tabla

CUADRO # 11

**COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL COMPONENTE  
DESPERSONALIZACIÓN SEGUN EL INVESTARIO MASLASCH APLICADO A  
ENFERMERAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD**

sujeto	Antes	después	d	D <sup>2</sup>
1	40	35	5	25
2	75	65	10	100
3	15	15	0	0
4	65	50	15	225
5	5	5	0	0
6	5	5	0	0
7	65	65	0	0
8	30	20	10	100
	$\bar{X}_1 = 37.5$	$\bar{X}_2 = 32.5$	40	450

Prueba de t de student para la hipótesis de investigación

H<sub>3</sub> "La terapia cognitivo conductual producirá disminución del indicador despersonalización del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud

$$s = \sqrt{\frac{\sum D^2}{n}} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2) \quad s = \sqrt{\frac{450}{8}} - (37.5 - 32.5) \quad s = \sqrt{\frac{450}{8}} - (25)$$

$$s = \sqrt{53.12} \quad (25) \quad s = \sqrt{28.12} \quad s = 5.30$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{n}} \quad \sigma_{dif} = \frac{5.30}{\sqrt{8-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{5.30}{\sqrt{64}} \quad \sigma_{dif} = 2.00$$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{dif}} \quad t = \frac{37.5 - 32.5}{2.00} \quad t = \frac{5}{2.00} \quad t = 2.5$$

Criterio de decisión si la  $t_0 \geq t_c$  se rechaza  $H_0$

$$\alpha = 0.05$$

$$gl = 7$$

$$t_0 = 2.5$$

$$t_c = 2.36$$

$$H_0: \bar{X}_A \leq \bar{X}_D$$

$$H_1: \bar{X}_A > \bar{X}_D$$

Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  por lo que se dio una disminución del componente despersonalización luego de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Por lo tanto también se acepta la hipótesis de investigación # 3.

$T_0 = t_0$  que se calcula con la fórmula

$t_c = t_c$  que se obtiene de la tabla

CUADRO # 12

COMPARACIÓN DE LAS PUNTUACIONES DEL COMPONENTE REALIZACIÓN PERSONAL SEGUN EL INVENTARIO MASLACH APLICADO A ENFERMERAS DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD

Sujeto	Antes	Después	D	D <sup>2</sup>
1	25	35	10	100
2	15	25	10	100
3	40	40	0	0
4	20	25	5	25
5	30	45	15	225
6	35	45	10	100
7	45	50	5	25
8	40	45	5	25
	$\bar{X}_1 = 31.25$	$\bar{X}_2 = 38.75$	60	600

Prueba de t de student para la hipótesis de investigación

H<sub>4</sub> La terapia cognitivo conductual producirá disminución del indicador falta de realización personal del Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud

$$s = \sqrt{\frac{\sum D^2}{N}} - (\bar{X}_1 - \bar{X}_2) \quad s = \sqrt{\frac{600}{8}} (31.25 - 38.75) \quad s = \sqrt{\frac{600}{8}} (31.25 - 38.75)^2$$

$$s = \sqrt{\frac{600}{8}} (31.25 - 38.75) \quad s = \sqrt{\frac{600}{8}} (56.25) \quad s = \sqrt{75 - 56.25} \quad s = \sqrt{18.75} \quad s = 4.33$$

$$\sigma_{dif} = \frac{s}{\sqrt{N-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{4.33}{\sqrt{8-1}} \quad \sigma_{dif} = \frac{4.33}{\sqrt{7}} \quad \sigma_{dif} = \frac{4.33}{2.64} \quad \sigma_{dif} = 1.64$$

$$\tau = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}{\sigma_{dif}} \quad \tau = \frac{31.25 - 38.75}{1.64} \quad \tau = \frac{-7.5}{1.64} \quad \tau = -4.57$$

Criterio de decisión si la  $t_0 \geq t_c$  se rechaza  $H_0$

$$\alpha = 0.05$$

$$gl = 7$$

$$t_0 = 4.57$$

$$t_c = 2.36$$

$$H_0: \bar{X}_A \geq \bar{X}_D$$

$$H_1: \bar{X}_A < \bar{X}_D$$

Se rechaza  $H_0$  y se acepta  $H_1$  por lo que se dio una disminución del componente realización personal, luego de la aplicación de la terapia cognitivo conductual. Por lo tanto también se acepta la hipótesis de investigación # 4.

$T_0 = t_0$  que se calcula con la fórmula.

$t_c = t_c$  que se obtiene de la tabla.



## **CONCLUSIONES**

## Conclusiones

El análisis y discusión de los resultados nos permiten establecer las siguientes conclusiones

- 1 El 53% de la población de enfermeras de la Región Metropolitana del Area Uno (1) se encuentra afectada por síntomas de Ansiedad y del Síndrome de Burnout
- 2 En la población encontramos que se desarrollan diferentes problemas de salud entre las enfermedades o síntomas que más desarrollan se encuentra las cefaleas con un porcentaje de 62.5% seguido por la hipertensión con un 37.5%
- 3 De acuerdo con los resultados observados en el IDARE en su escala ansiedad estado y la escala de ansiedad de SAS aplicados antes del tratamiento y después del tratamiento se observa una disminución en la puntuación en ambas escalas. A pesar de esta disminución las manifestaciones de ansiedad, en algunos casos se mantiene lo cual se puede deber a los factores externos como área de trabajo (zona de riesgo social) o los cambios a nivel institucional los cuales escapan del control del sujeto
- 4 Tomando en consideración, las entrevistas y los autoregistros que recogen información cualitativa, observamos que la ansiedad del YO es la que se encuentra manifiesta en la mayoría de los casos pues esta se presenta con sentimientos de culpa e incapacidad que surgen cuando la persona siente su vida amenazada y se plantea demandas que surgen de las creencias irracionales
- 5 En cuanto al componente cansancio emocional del Síndrome de Burnout, medido antes y después la terapia cognitivo conductual aplicada produjo una disminución. Es importante resaltar que este componente obtuvo las puntuaciones más elevadas de todos los componentes manifestando los sujetos en su gran mayoría, sentimientos negativos de irritabilidad y cansancio debido al trabajo
- 6 En el componente de despersonalización las puntuaciones antes del tratamiento eran medias luego de la aplicación del tratamiento se observa una disminución. Como se menciona las puntuaciones en este componente se mantenían en medias solo 3

sujetos manifestaban sentimientos de aislamiento y actitudes negativas hacia los demás lo cual en general es positivo ya que a pesar de no sentirse satisfechos en su ambiente laboral logran mantener la empatía hacia los compañeros y usuarios

- 7 El componente realización personal es uno de los mas significativos teniendo puntuaciones elevadas antes del tratamiento dándose luego de la aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual una disminución Hay que resaltar que al igual que en el componente cansancio emocional en este componente las puntuaciones se mantenían de medias a elevadas lo cual refleja la percepción de la población de insatisfacción por la falta recursos e incentivos
- 8 El Programa de terapia Cognitivo Conductual diseñado y ejecutado para el personal de enfermería de la Región Metropolitana de Salud que presentaban Síntomas de Ansiedad y el Síndrome de Burnout fue efectivo al lograr una disminución de los síntomas de la ansiedad del cansancio emocional y la falta de realización personal Cabe destacar que número de sesiones puede haber influido en que los niveles de Ansiedad y Burnout a pesar de haber disminuido se mantuvieron en algunos casos con puntuaciones de medias a altas

## RECOMENDACIONES

## Recomendaciones

El estudio realizado nos conduce a presentar algunas recomendaciones en relación con la prevención de manifestaciones de la Ansiedad y del Síndrome de Burnout

- 1 La realización de investigaciones adicionales sobre el Síndrome de Burnout, en las diferentes profesiones vinculadas a la atención y prevención de la salud Con poblaciones mas grandes
- 2 La difusión de información mediante volantes y charlas en los Centros de Salud, sobre el Síndrome de Burnout, para crear conciencia en el personal de salud y en los directivos de la importancia de preservar la salud física y mental del personal
- 3 La implementación del programa, en la Sección de Bienestar del Empleado de la Región Metropolitana
- 4 Entrenar al personal de salud mental en la identificación y tratamiento de las manifestaciones del Síndrome de Burnout
- 5 Aumentar el número de sesiones del programa, para ver si mejoran los resultados
- 6 La creación y aplicación de Programas de Mentocracia en los Centros de Salud
- 7 Creación e implementación de guías de seguridad y programas dirigidos a la protección de los funcionarios en actividades extramuros
- 8 Incentivar la participación en actividades educativas para así aumentar el nivel académico del personal todo esto con la participación del personal de capacitación del nivel Regional

## **BIBLIOGRAFIA**

## Bibliografía.

### Textos consultados

- Cardoze Dennis y Amaya, Maria Silvia(2005) Texto Básico de Psiquiatría Pediátrica  
Primera edición Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro Panamá,
- Camerini Julio (2005) Introducción a la Terapia Cognitiva. Primera edición Argentina  
C A T R E L (pp20 67-69)
- Castanyer Olga. (1999) La Asertividad Expresión de una Sana Autoestima 11ª edición  
España Editorial DESCLÉE DE BROUQUER (pp 43 61 74 75)
- Ellis Albert Russell Grieger (1991) Manual de Terapia Racional Emotiva Volumen 2  
España. Editorial Desclee de Brouwer 1990 (123 135)
- Feldman Robert (1995) Psicología con aplicaciones para Iberoamérica Segunda edición  
México Editorial Mc Graw Hill (pp 479)
- Kazdin, Alan E (2001) Metodos de Investigación en Psicología Clínica Tercera  
edición México Editorial Pearson Educacion (pp 65 74)
- Manual diagnostico y estadistico de los trastornos mentales –IV texto revisado DSM IV  
TR (2002) Madrid Ed Elsevier Masson (pp759 764)
- Riso Walter (2006) Terapia Cognitiva Fundamentos teóricos y conceptualización del Caso  
clinico Colombia. Primera edición Editorial norma. (pp35 69)
- Sampieri R (1996) Metodología de la investigación México editorial McGraw  
Hill (pp 57-65 76 94 )

Shelley E Taylor (2007) Psicología de la Salud Sexta edición Mexico editorial

McGraw Hill (pp229 230)

Walker James y Shea, Thomas (1984) Manejo conductual Tercera edicion Mexico

Editorial Manual Moderno (pp34)

### **Tesis Consultadas**

Bosquez Elisa Young (2001) Estudio descriptivo sobre el síndrome de Burnout en Enfermeras y Médicos Hematólogos del C H D R A A M y el I O N  
Tesis de Licenciatura. Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.

Bright, Sandra. Dominguez Mireya (1996) Sentimientos experimentados por la enfermera ante la Agonía y muerte de pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de medicina del complejo Hospitalario  
Metropolitano Dr Arnulfo Arias Madrid Tesis de licenciatura  
Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá

Castillo Aixa. (2005) Estudio descriptivo sobre el Síndrome de Burnout Tesis de  
Licenciatura. Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.

Cuellar Maxima. Cárdenas Enia. González Zulma. (1991) Factores que afectan la salud física mental De la enfermera en el complejo Hospitalario  
Metropolitano Tesis de licenciatura. Facultad de Enfermería  
Universidad de Panamá.



Espino Aracellys Solis Fidedigna. (1997) Factores que Influyen en la Forma como las enfermeras de la Maternidad María Cantera de Remón del Hospital Santo Tomas Realizan su autocuidado en relación a su Salud Tesis de licenciatura Facultad de Enfermería Universidad de Panama.

Jaen Lidia Thorner Aura. (1997) Algunos factores que inciden en la calidad de la atención de De enfermería que se le brinda a los pacientes de sala 9 cirugía general de Varones del Hospital Santo Thomas Tesis de Licenciatura. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Garcia, Gladis Solanilla, Sixta.( 1998) Estresores personales, ambientales y Laborables que inciden En la aparición de estrés en las enfermeras y enfermeros durante el desempeño de su labor profesional en el Hospital Santo Tomas Tesis de licenciatura. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Hernández Gladis (1998) Factores que intervienen en la insatisfacción del desempeño laboral de las enfermeras (os) del Salón de operaciones del Complejo Hospitalario Dr Arnulfo arias Madrid Tesis de Licenciatura. Facultad de Enfermería

Hinds Edixia. (1995) Algunos Factores que inciden en el ausentismo de las enfermeras que Laboran en la sala de urgencia de adultos, complejo Hospitalario Metropolitano de la caja del seguro social Dr Arnulfo Arias Madrid Tesis de licenciatura Facultad de Enfermería

Matteus Escobar Jenny (2004) Programa de Terapia Cognitivo Conductual para maestros de la Escuela Básica General del IPHE que presentan Síndrome de Burnout. Tesis Maestría en Psicología Clínica Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.

Miller Lerna. Garcia, Gilma. (1997) Factores internos y externos que influyen en la satisfacción laboral de un grupo de enfermera. Tesis de licenciatura Facultad de Enfermería. Universidad de Panama.

Rodes Melida (2006) Prevalencia del síndrome de Burnout en los Docentes de Escuelas Primarias Oficiales y Particulares en dos corregimientos del Distrito de la Chorrera. Tesis Maestría en Salud Pública Facultad de Medicina. Universidad de Panamá.

Ruiz Zuleyka. Manzané Elia.(1998) Relación Humana enfermera Paciente en el Hospital Regional de Santiago, Provincia de Veraguas mayo – septiembre de 1988 Tesis de licenciatura. Facultad de Enfermería. Universidad de Panamá.

Tuñón Yarden (1989) Factores que influyen en el sentimiento de satisfacción mostrado por las Enfermeras en dos instituciones de salud del área metropolitana. Tesis de licenciatura. Facultad de Enfermería Universidad de Panamá.

### **Artículos de Internet**

Pertega Díaz, Sonia y Pita Fernández, Salvador (2004) Metodología de la Investigación, España revista electrónica disponible en [http //www.fisterra.com/mbe/investiga/fisher/fisher.asp#McNemar](http://www.fisterra.com/mbe/investiga/fisher/fisher.asp#McNemar)

Alonso Fernández María Dolores (2006) PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS España Madrid, revista electrónica disponible en [http //www.fundacionprevent.com](http://www.fundacionprevent.com)

Martinez Lopez C \* Lopez Solache G (2005) Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas México revista electrónica disponible en [http //www opas org](http://www.opas.org)

Jesus Carlos Rubio Jiménez (2003) Fuentes de estrés Síndrome de burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de IES España Badajoz revista electrónica disponible en [http //dgsa.uaeh edu mx/revista/psicologia](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia)

Rene J Izquierdo R (2003) Niveles de Ansiedad en Atletas de alto rendimiento Venezuela. revista electrónica disponible [http //www psicocentro com](http://www.psicocentro.com)

## **Revistas**

Revista de la escuela de Psicología Facultad de Filosofía y Educación Pontificia Universidad Católica de Valparaíso DIAGNÓSTICO DE BURNOUT Y TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PROFESORES UNIVERSITARIOS DE LA QUINTA REGIÓN DE CHILE Autor Cecilia Quaas

COLECCIÓN PRÁCTICAS ÓPTIMAS DEL ONUSIDA Prevención del desgaste del cuidador Inter Mission Care and Rehabilitation Society (IMCARES)

## ANEXOS I

**Programa de Terapia Cognitivo Conductual enfocada en Disminuir los síntomas De Ansiedad y del Síndrome De Burnout en Enfermeras de la Región Metropolitana de Salud**

**OBJETIVO**

**Objetivos Generales**

**Evaluar el efecto de la terapia Cognitivo Conductual en la disminución, de la ansiedad en el personal de enfermería que manifiestan síntomas del síndrome de burnout.**

**Desarrollar e implementar un programa para el tratamiento de los síntomas de ansiedad y del síndrome de Burnout dirigido a enfermeras de la Región Metropolitana de Salud**

**Objetivos Específicos**

**Reducir los niveles de Ansiedad**

**Reducir los niveles del síndrome de Burnout en el personal de enfermería**

**Mejorar el desempeño laboral, de las enfermeras de la Región Metropolitana de Salud**

**Transformar los patrones de pensamientos negativos y distorsionados en patrones positivos que ayuden a la adaptación**

**Modificar los comportamientos negativos como irritabilidad, agotamiento físico y emocional**

## **METAS**

- 1 Integrar Este Programa, dentro del modelo de atención que ofrece la Sección de Bienestar del Empleado de la Región Metropolitana de Salud Esto se logrará con entrevistas y presentaciones del plan a la Dirección Regional Metropolitana de Salud**
- 2 Integrar al programa, personal de salud como Psiquiatras trabajadores sociales**
- 3 Estratégicamente se debe lograr esta integración sin, afectar los parámetros institucionales establecidos**

## PROCEDIMIENTO

Este programa se inició con la participación del personal de enfermería que labora en centros de salud que se encuentran en zonas rojas por lo que la intervención se dará en los centros de Salud de

- 1 Chorrillo
- 2 Curundu
- 3 Santa Ana
- 4 Emiliano Ponce ( Calidonia)
- 5 San Felipe

La modalidad de trabajo que se utilizó fue individual y constó de cuatro módulos

### **Modulo 1**

**Reestructuración Cognitiva** este modulo consto de 3 sesiones con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tenían por objetivo el entrenamiento en la reestructuración cognitiva, la cual incluye estrategias para identificar las ideas irracionales que suelen obstaculizar la búsqueda de soluciones y entrenamiento en la toma de decisiones en situaciones de conflicto

### **Modulo 2**

**Relajación** este modulo consta de 2 sesiones, con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tendrán por objetivo el entrenamiento en ejercicios que ayuden al participante a crear estados de relajación profunda en su lugar de trabajo

### **Modulo 3**

**Técnicas de Afrontamiento** este modulo consta de 2 sesiones con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tendrán por objetivo que los participantes identifiquen su estilo de afrontamiento evaluar estas formas en términos de los resultados sean positivos o negativos y entrenar en formas más sanas de afrontamiento

### **Modulo 4**

**Entrenamiento en Asertividad** este modulo consta de 3 sesiones, con una duración de 50 minutos cada una. Las sesiones tendrán por objetivo que los participantes identificar las conductas erróneas y puedan formular correctamente el problema mediante la autoobservación



## **DESCRIPCIÓN DE LAS FASES**

### **1 Selección de la población y aplicación de pre-Test (3 sesiones)**

Se realizó una reunión con la enfermera jefa y las enfermeras jefas del área, donde se les explico el objetivo del programa y la problemática del Síndrome de Burnout y como está afecta el desempeño laboral en la institución

Luego de aprobado el proyecto por la Dirección Regional de Salud, se aplicaran los instrumentos para la detección de signos y síntomas del Síndrome de Burnout y de la ansiedad, para la selección de la muestra. Al obtener nuestra población se realizaran las entrevistas iniciales

### **2 Psicológico Terapeuta (10 sesiones)**

Esta fase se realizó mediante sesiones individuales con los casos que han sido identificados previamente se conformó de cuatro módulos La fase terapéutica, que constaba de 10 sesiones y que tenían una duración de 50 minutos donde se trabajaron en diferentes temas que a continuación pasaremos a describir casa sesión

#### **Modulo 1 Reestructuración Cognitiva (3 sesiones)**

##### **Objetivo del Modulo**

- Analizaron la incidencia que tienen los pensamientos o interpretaciones sobre las emociones y conductas
- Se identificaron lo pensamientos o interpretaciones para comprobar hasta qué punto se ajustan a la realidad objetiva.
- Se Identificaron los errores en el pensamientos o interpretaciones negativas
- Se examinaron pensamientos o interpretaciones alternativos ajustados a la realidad

### **Sesión 1**

se iniciaba explicándoles como los pensamientos o interpretaciones que se hacen de una situación afectan las emociones y las conductas y que el cambio en el pensamiento conduce a la modificación de la conducta en distintos ámbitos. Se explica al paciente la relación pensamiento afecto conducta y se entrena en el autoregistro.

**Sesión 2** en esta sesión se discutieron los pensamientos irracionales que se han presentado en la semana y se les enseñó a comprobar y modificar sus valores y actitudes hacia sí mismo y hacia los otros. La labor terapéutica era combatir las ideas irracionales confrontándolas con la realidad y demostrando como estos pensamientos afectan las emociones y las conductas y de este modo tratar de inducir un cambio en la conducta del individuo.

**Sesión 3** en esta sesión se le enseña al participante formas para contrarrestar los pensamientos irracionales mediante afirmaciones de manejo sensatas y de auto aceptación.

### **Ejemplo de la sesión 1 con el sujeto # 6**

Al iniciar la sesión se establece el rapport, luego se le pregunta como se encuentra, en este momento ella, relata un conflicto sostenido con el director médico donde este le solicita el informe de la actividad extramuro al entregar el informe el director médico le dice que está incompleto a lo que ella responde que la información que falta ella no la maneja, sino otra enfermera, se inicia una discusión, donde al final ella señala que siempre la quieren dejar mal y lo que quieren es que se jubile.

Después de haberla escuchado se confronta con la creencia, y se le explica, en que consiste la terapia cognitiva (Bekc) y como los pensamientos automáticos influyen en los sentimientos como en su caso entonces explicamos el esquema básico de esta terapia cognitiva (basándonos en el hecho de que se da un supuesto)

Se algo se produce en su vida como lo es la discusión o conflicto con el director médico. En el punto R, usted responde sintiéndose molesta. De modo equivocado relaciona

directamente R con S y cree que S que es la discusión con el director médico lo que produjo que se molestara y que es la causa directa de R. Pero aunque usted piense que es así la situación (S) no es realmente lo que causa el enojo (R) Al principio le costó un poco entender la relación entre la S P R Luego se paso explicarle la tarea del auto registro se le entrego la hoja, con la situación, conducta, pensamiento sentimientos y la repercusión, se le indico que estos deben ser llenados cuando los acontecimientos son experimentados en el momento que ocurren para luego discutirlo en la sesión

Durante las sesiones con los 8 sujetos identificamos las siguientes ideas irracionales de Ellis

- 1 Uno tiene que ser muy competente y saber resolverlo todo si quiere considerarse necesario y util
- 2 Es horrible que las cosas no salgan de la misma forma que a uno le gustaría
- 3 Es más fácil evitar que hacer frente a algunas dificultades o responsabilidades personales
- 4 Hay gente mala y despreciable que debe recibir su castigo
- 5 Es necesario para un ser humano ser querido y aceptado por todo el mundo
- 6 Si algo es o puede ser peligroso o atemorizante hay que preocuparse mucho al respecto y recrearse constantemente en la posibilidad de que ocurra.

## **Modulo 2 Relajación (2 sesiones)**

### **Objetivo del Modulo**

- Entrenar a los participantes en ejercicios que ayuden a crear estados de relajacion profunda en su lugar de trabajo
- Distinguir entre la sensación de tensión y relajación profunda

**Sesión 4** En esta sesión se entrenara a los participantes en ejercicios de relación muscular de Jacobson donde aprenderán a identificar los musculos que están más tensos y a distinguir entre la sensación de tensión y la relajación

**Sesión 5** En esta sesión se entrenara a los participantes en ejercicios de respiración que ayudan a la relajación en su puesto de trabajo

### **Modulo 3 Técnicas de Afrontamiento (2 sesiones)**

#### **Objetivo del Modulo**

- Identificar su estilo de afrontamiento
- Evaluar estas formas de afrontamiento en términos de los resultados sean positivos o negativos
- Entrenar a los participantes en formas más sanas de afrontamiento

**Sesión 6** en esta sesión se le solicitó a los participante que identificaran su estilo de afrontamiento y los resultados que ha obtenido al aplicar este estilo se guio a los participante a identificar y definir el problema los problemas para luego generar posibles soluciones

**Sesión 7** en esta sesión se entrenó al participante en toma decisiones luego de evaluar las alternativas y examinar las posibles consecuencias

#### **Ejemplo de la sesión 6 con la el sujeto # 7**

Se inicio la sesión haciendo un resumen de la sesión anterior solicitando la tarea (auto registro) al revisar el auto registro vemos que se dio un incidente y le solicitamos que nos cuente como se dan los hechos la situación consistia en un intercambio de palabras con una paciente la cual llego tarde y solicitaba de manera agresiva que se le atendiera. Se le pregunta que fue lo que pensó en ese momento (para así poder identificar el pensamiento y el tipo de estilo de afrontamiento de la persona) responde nada que tenía que decirle algo que le pasa a ella yo no me iba a quedar callada.

Segun la respuesta podemos identificar el tipo de estilo de afrontamiento que utiliza el sujeto al encontrarse en una situación de conflicto en este caso el sujeto 7 manifiesta que ella siempre responde alzando la voz y solo si está muy molesta o es necesario manotea o tira algo En el caso de la situación en conflicto se le pregunto sobre el resultado o reaccion que genero su conducta, el cual no fue muy positivo puesto que a pesar de haber hecho

que la paciente se retirara hubo un llamado de atención por parte de la dirección por el manejo dado. Luego se evaluaron los resultados y las posibles respuestas alternativas que no hubieran generado conflictos.

#### **Modulo 4 Entrenamiento en Asertividad (3 sesiones)**

##### **Objetivo del Modulo**

- identificar las conductas erróneas
- formular correctamente el problema mediante la autoobservación

**Sesión 8** en esta sesión se entrena al participante en la identificación de conductas erróneas con la utilización de preguntas sencillas como "¿con quien ocurre?" "¿cuando ocurre?" para poder centrarse y saber en qué consiste realmente el problema. Se explica al participante la importancia de autoobservación en trabajar en el área cognitiva, motora y emocional.

**Sesión 9** en esta sesión se entrenara al participante en técnicas de asertividad para discusiones (disco roto, banco de niebla, aplazamiento asertivo, acuerdo asertivo). Las técnicas van a depender de las características de personalidad y de las formas de afrontamiento del participante.

**Sesión 10** En esta sesión se realizarán ejercicios para evaluar la utilización de las técnicas de asertividad.

##### **Ejemplo de la sesión 10 con el sujeto # 4**

Al iniciar la sesión se realizó una retroalimentación de la sesión anterior y se pasó a revisar el auto registro. En él se presenta una situación de conflicto con una compañera de trabajo la cual le reclama un informe que según ella estaba mal. El sujeto 4 utiliza la técnica de aplazamiento asertivo donde al reclamo contesta "refiero hablar más tarde del tema" y con la presencia de la jefa se retira y posteriormente se realiza una reunión con la jefa y se aclara la situación. Al preguntarle sobre el resultado manifestó en un principio sentirse molesto pero luego se tranquilizó porque no dejó que ella le robara la calma.

### **3 Evaluacion (2 sesión)**

El objetivo de esta fase era conocer el impacto emocional y laboral del programa que se realizo por medio post test, donde se evaluo al grupo después de la aplicación programa.

## **ANEXOS II**

## REGISTRO DE DATOS PERSONALES

Código \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_ varón \_\_\_\_ Mujer Edad \_\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_ soltera \_\_\_\_ casada \_\_\_\_ divorciado/ separado  
\_\_\_\_ viudo otro \_\_\_\_\_

Si tiene pareja cuantos años lleva con su pareja \_\_\_\_\_ años

Tiene hijos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Cuantos \_\_\_\_\_

Nivel de estudios Alcanzados

\_\_\_\_ bachillerato \_\_\_\_ Licenciatura \_\_\_\_ algunos Cursos universitarios

\_\_\_\_ Posgrado \_\_\_\_ Maestria \_\_\_\_ Doctorado

Otros \_\_\_\_\_

Profesion actual \_\_\_\_\_

Situacion Laboral \_\_\_\_ Permanente \_\_\_\_ Contrato

Tiempo en el trabajo \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_ meses

Ejerce su profesión en otra entidad Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Privada \_\_\_\_ de Gobierno \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

Trabajo Turnos Rotativos Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Programa al que pertenece \_\_\_\_\_



## **ANEXOS III**

## Entrevista

- 1 Como es su relación con sus compañeros de trabajo
- 2 A tenido algun conflicto con algun compañero de trabajo o jefe?
- 3 Los problemas que ha tenido son por razones personales o de trabajo
- 4 Se siente segura al trabajar en esta área
- 5 Como es su relación con la comunidad
- 6 Que medidas de seguridad toma
- 7 Cuales considera usted son las condiciones o problemas que le dificultan la realización de su trabajo
- 8 Cuenta con las condiciones laborales necesarias
- 9 El area donde labora cuenta con el recurso humano adecuado
- 10 Cual considera Ud Es el mayor problema de trabajo
- 11 Considera usted que los problemas laborales han afectado de alguna manera su vida familiar
- 12 Presenta o tiene manifestaciones de problemas de salud?

## **ANEXOS IV**

# ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD ( Por el Dr W W Zung)

\_\_\_\_\_ edad\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_

	Nunca o Casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos
so más tranquilo y nervioso que nubre					
so atemorizado sin razón					
so o angustio Fácilmente					
como si me estuviera cayendo en pedazos					
de todo va a estar bien y que no va a pasar nada					
temblan los brazos y las piernas					
dolores de Cabeza espalda					
so débil y me canso fácilmente					
so tranquilo y me es fácil estar quieto					
que el corazón me late					
mareos					
mayo o siento que voy a caerme					
respirar fácilmente					
duerme y hormiguean los dedos de las manos y pies					
le dolores de estómago o indigestión					
que orinar con mucha frecuencia					
alimento tengo las manos frías y calientes					
a se me pone caliente y roja					
duermo fácilmente y descanso bien por las noches					
pesadillas					

## **ANEXOS V**

# TABLA DE BARLMOs

## Anexo 3

Puntuaciones directas										
	VARONES			MUJERES			TOTAL			
r	CE	DP	RP	CE	DP	RP	CE	DP	RP	S
1	51 54	24 30		43 54	23 30		45 54	24 30		97
3	47 50	22 23	48	42	21 22	48	44	22 23		91
7	45 46	21		40 41	20		42 43	20 21	48	87
5	43 44	20		39	19		41	19		85
5	41 42	18 19	47	36 38	17 18	47	38 40	18	47	83
0	36 40	16 17	45 46	34 35	15 16	45 46	34 37	15 17	46	76
5	33 35	15	44	31 33	13 14	44	32 33	14	44 45	71
0	30 32	13 14	43	29 30	12	43	29 31	12 13	43	67
5	28 29	12	42	28	11	41 42	28	11	42	63
0	26 27	11	41	26 27	10	40	26 27	10	41	60
5	23 25	10	40	25	8 9	39	24 25	9	40	58
0	21 22	9	39	23 24	7	38	22 23	8	39	55
5	20	8	38	22		37	21	7	38	52
10	19	7	37	21	6	36	19 20		37	50
15	17 18		36	19 20	5	35	18	6	35 36	48
10	16	6	35	17 18		33 34	16 17	5	34	45
35	14 15	5	34	15 16	4	32	14 15		33	42
30	12 13	4	32 33	14	3	31	13	4	32	40
2	11		31	12 13		29 30	11 12	3	30 31	37
20	9 10	3	29 30	10 11	2	28	10	2	29	33
15	7 8	2	27 28	8 9	1	26 27	8 9		26 28	29
10	6	1	24 26	6 7		24 25	6 7	1	24 25	24
5	4 5		21 23	4 5	0	21 23	4 5		21 23	17
4	3	0	20	3			3	0	20	15
3	2		19	0 2		19 20	2		19	12
2	1		13 18			17 18	0 1		16 18	9
1	0		0 12			0 16			0 15	3
N	530	530	530	580	580	580	1 138	1 138	1 138	N
Med	20 40	8 22	36 00	21 51	7 10	35 18	20 86	7 62	35 71	Med
D1	11 91	5 92	8 12	10 69	5 75	8 03	11 30	5 81	8 08	D1

## **ANEXOS VI**

# Auto Registro

Fecha	Situación	conducta	Pensamiento/sensación	Sentimiento/sensación	Repercusión
17/3/10	Discusión con una compañera	Al principio también alce la voz, me fui y no hice el informe que me pidió	Ella es muy conflictiva, mejor evito me moleste se me puso la sangre caliente 75	Me dio rabia, ella siempre anda con groserías	Estuve molesta el resto del día y me atrase en el trabajo
18/3/10	Me solicitaron el informe	Le respondí de mala manera, le dije que no había tenido tiempo de hacerlo y me fui	No me da la gana de hacer el informe yo lo hago y ella lo presenta como suyo NO 80	Rabia, impotencia	Me pueden mandar un anecdotario me dio miedo eso
22/3/10	Conflicto con una paciente	La mire bien mal y le dije que tenía que venir otro día, y que madrugara como el resto de las mujeres	Ella es una irresponsable fresca Xq debo yo resolver sus problemas 80	Molestia, miedo	Miedo y pena XQ se puso agresiva.
24/3/10	Reunión de vacunación	Me quede callada, pero pensé en llamar a alguien que me consiga una incapacidad	Que les pasa, de verdad que son locos yo no voy a ir a vacunar si no mandan policías 80	Miedo impotencia, molestia y decepción	Me asignaron el sábado



# Auto Registro

Fecha	Situación	conducta	Pensamiento/sensación	Sentimiento/sensación	Repercusión
26/3/10	Reunión de actividad extramuros	Polémica, a todo le buscaba un pero y si dije que si no hay policías no voy	Me van a robar o se va a formar una balacera 85	Miedo	Estuve todo el día molesta y alterada pensando en eso
27/3/10	Actividad extramuros	Llegue tarde y tengo una excusa	Ojala se hayan ido ya 80	Ansiedad de los que pueda pasar	Estuve incomoda XQ Igual tuve que ir y todas estaban molesta conmigo
30/3/10	Conversación con compañeras les comento que me duele la mano por mi condición y algunas hacen gestos que me molestan	Cambie el tema y me fui molesta.	Les debí haber dicho que como a ellas no les duele y ser bien grosera, es que ellas no me creen que me duele piensan que es vagancia mía 95	Rabia xq siempre pasa lo mismo	Estuve todo el día molesta por eso y me dio dolor de cabeza, además del de la mano
6/4/10	Llenando la estadística, que me solicitaron con urgencia me llaman para ir a una reunión	Le conteste que o asía la estadística o iba a la reunión, que pero no iba hacer las dos cosas	Solo lo hacen para molestarte y así decir que yo nunca quiero hacer nada y que soy una vaga 100	Frustración rabia y me siento perseguida	Me llamaron la atención, por no cooperar Salí tarde y me dolían las manos y la cabeza

Fecha	Situación	conducta	Pensamiento/sensación	Sentimiento/sensación	Repercusión
7/4/10	Ayudando a unas estudiantes	les hable de lo sacrificada de la profesión de las cosas buenas y malas del sistema	Me hubiera gustado ser profesora en la Universidad, creo que hubiera sido muy buena 70	Orgullo de mi profesión tenía rato que no me sentía así	Pase el día tranquila
8/4/10	Se dio una balacera, 4 calle después del centro	Tratar de tranquilizar a los pacientes y a mí misma, realice los ejercicios de relajación	Si vienen a esconderse al centro y nos disparan, hay que tranquilizar a los pacientes y MC respira 50/50	Miedo intranquilidad	Me pude controlar y ayudar a las personas a que se tranquilizaran
12/4/10	Llegue tarde porque tenía una cita y me llamaron la atención	Espere a que ella terminara de hablar y le mostré mi constancia médica y mi solicitud de permiso	Siempre piensan que miento y que soy una vaga, pero bueno eso es asunto suyo le mostré que no era así 65	Molestia xq no confían en mí	Me sentí bien xq la puse en su lugar
14/4/10	Falto una compañera y tuve que cubrir dos programas los pacientes estaban molestos	Me dividí el trabajo con otra compañera y le explicamos a las personas el inconveniente	Nadie se queja cuando otra es la que falta, si soy yo apoyan de mala gana y dejan todo pendiente 70	Molestia	Pase todo el día pensando en la diferencia del trato

Fecha	Situación	conducta	Pensamiento/sensación De 1 100	Sentimiento/sensación	Repercusión
15/4/10	Una compañera me reclama por un informe que según ella hice mal	La escucho y le digo que mejor hablamos más tarde y con la jefa XQ tengo trabajo	No quiero tener más problemas con mis compañeras mejor me calmo y hablamos luego 70	Molestia por la forma en la que me hablo y tranquila porque no deje que me robara la calma	Hablamos con la jefa y ella le explico que me había dicho que lo hiciera así No hubo mayor conflicto
19/4/10	Saliendo del trabajo me ofrecí a llevar a una compañera	Hablamos de todo un poco y me pregunto por mis malestares le conté como es y como se da.	De verdad le interesará o solo quiere saber si es verdad mi dolencia? 60	Incomoda qx no se si le interesa y bien Xq también nos conocimos un poco más	Se despidió muy amablemente y se puso a mis órdenes cuando tuviera un problema
22/4/10	Hablando con la jefa de los problemas del área	Le comente que habían cosas que no me gustaban y que sentía que no me valoraban y respetaban	Solo quiero que entiendan que de verdad tengo un problema de salud y que no es vagancia mía. 60	Tranquilidad, siento que me escucho y entendió	Va a mandar una nota a la Región pidiendo nuevamente una evaluación de mi condición física
23/4/10	Se robaron del centro un material y dañaron una puerta	Me puse muy nerviosa e hice un inventario de lo de mi oficina, no faltaban vacunas miro a los pacientes y se que saben quien fue	Como es posible si esto es para ellos y su beneficio son unos mal agradecidos no se puede confiar en ellos 50	Impotencia, rabia.	Les pregunte si alguno sabía algo y nadie dijo nada Estuve molesta y asustada todo el día.

Fecha	Situación	conducta	Pensamiento/sensación De 1 100	Sentimiento/sensación	Repercusión
26/4/10	En la sala de espera habían muchos pacientes y las personas estaban alteradas	Salí y les pedí tener paciencia que todos iban a ser atendidos Hice un ejercicio de respiración	Ojala no se pongan agresivos 50	Ansiedad, estrés	Vino una compañera y me ayudo a atender los pacientes se tranquilizaron
28/4/10	Reunión mensual se tocan todos los temas de enfermería y personal	Participo de la reunión expuse mi punto de vista para mejorar la atención	Todas me miran cuando hablo será que no le gusta lo que estoy diciendo igual ya lo dije 50	nerviosa	Al final de la reunión, una se acercó y me dijo que estaba de acuerdo con migo